Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 3. 15. Januar 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik (Prof. Erb) in Heidelberg.

Dermatologische Mittheilungen.[1])

Von Prof. *J. Hoffmann.*

1) Hereditäre Neigung zu traumatischer Blasenbildung (Epidermolysis bullosa hereditaria: Köbner).

Meine Herren! Der junge Mann, welchen ich Ihnen hier vorstelle, ist ein 20 Jahre alter Glaser, welcher täglich auf seinem Handwerk arbeitet. Von den uns interessirenden Krankheitserscheinungen ist heute nur ein Theil zu sehen, wesshalb ich auf Beobachtungen zurückgreifen muss, welche bei seinem 4 wöchentlichen Aufenthalte auf der medicinischen Klinik und seither noch öfters, zuletzt vor 10 Tagen, von mir gemacht wurden.

Der Mann ist mittelgross, kräftig gebaut, gut genährt. Seine inneren Organe und sein Harn lassen nichts Krankhaftes erkennen.

Seine Hände sind bis über das Handgelenk aufwärts lebhaft bläulich-roth; die Röthung sieht aus der Entfernung diffus aus, setzt sich aber, in der Nähe betrachtet, aus verschieden grossen Flecken zusammen und macht oberhalb des Handgelenks rasch der normalen Hautfarbe Platz. Im Bereich der Hände fällt eine Anzahl halblinsenbis 10 pfennigstückgrosser Blasen auf, welche über dem Handrücken, über den Fingern und auch an der Hohlhand sitzen, rechts und links durchaus nicht symmetrisch angeordnet und zum Theil mit einer einfach serösen, zum Theil blutig gefärbten Flüssigkeit mehr oder weniger stark gefüllt sind. Drückt man auf solch eine Blase, so schafft sich der Inhalt in der Peripherie Platz, indem sich die Epidermis in ihren oberen Schichten abhebt. Ferner hängen da und dort Epidermisfetzen, zwischen denen junge, glatte Epidermisflächen von mehr hellrother Farbe sichtbar werden. Narben, Geschwüre, Pigmentirungen sind nicht vorhanden.

Die Nägel sind ausnahmslos schlecht gebildet, verkrüppelt, abblätternd. Dabei ist die Nagelsubstanz viel weicher als bei Gesunden, so dass man mit dem eigenen Fingernagel leicht Dellen hineindrücken kann. Von einer Lunula ist nirgends etwas zu sehen.

Die Haut liegt ihrer Unterlage durchaus nicht straffer an als normaler Weise, ist im Gegentheil leicht verschiebbar, an einzelnen Stellen in dünne Querfältchen gelegt, schuppt nicht. Vielleicht ist die Epidermis etwas dünner als gewöhnlich, doch ist das nicht sicher. An Elasticität hat sie nichts verloren, wie man an dem raschen Verschwinden aufgehobener Falten erkennen kann. Auch trägt die Haut an der Rückenfläche der Hand kleine dünne Haare. Es besteht lebhafte Schweissproduction, so dass die Finger und die Hohlhand sich fast immer feucht-nass anfühlen. Die Venen schimmern an der Dorsalfläche sehr deutlich durch. Die Hohlhand hat an manchen Stellen Schwielenbildung, trägt wie auch bei Gesunden eine derbere Epidermis. Streift man mit dem Fingernagel über die Rückenfläche, so bleibt längere Zeit ein hellerer Streifen zurück.

Genau denselben Veränderungen begegnet man an den Füssen bis zu den Knöcheln aufwärts: Röthung, etwas weniger lebhaft als an den Händen, Blasenbildung, besonders an den dem Stiefeldruck mehr ausgesetzten Stellen, starke Schweissabsonderung und eine solche Verkümmerung der Nägel, dass man, wie der Kranke meint, „gar nicht von Nägeln sprechen kann“.

Die Gesichtsfarbe ist lebhaft, frisch; Blasen finden sich daselbst nicht. Die Mundschleimhaut hat einen leichten Stich in's Opake, ist dabei aber sehr zart. — Haarwuchs kräftig.

Seitens des Nervensystems ergibt eine genaue Untersuchung normale Verhältnisse; dasselbe gilt von den Muskeln.

In der Familie des Kranken sollen erbliche Krankheiten nicht vorkommen; weder seine Eltern noch seine Geschwister leiden an ähnlichen Erscheinungen. Von seiner Mutter hörte der Kranke, dass er als gesundes Kind zur Welt gekommen sei und die Blasenbildung erst im 2. Lebensjahre sich an Händen und Füssen eingestellt habe. Dieselbe verliess ihn bis jetzt nicht mehr, auch nicht im Winter. Er erinnert sich aus seinen Kinder- und Schuljahren, dass er an den Händen und Fingern Blasen bekam, sobald er sich irgendwo anstiess. Auch hätten die Nägel sehr häufig gewechselt, sich dann aber nie ganz gut gebildet. Weniger der Druck gegen eine Stelle der Hand allein erzeugt die Blasen, als vielmehr das Reiben eines harten Handwerkszeuges etc. Meist hebt sich dann innerhalb 12—24 Stunden die Epidermisschichte los und die Blase ist da. Häufig kommt es aber auch vor, dass die Epidermisschicht einfach sich verschiebt und eine nässende Fläche zu Tage tritt, über die er dann die zusammengeschobene Epidermisschicht in ihre frühere Lage zurückschiebt, um sie so lange wie möglich als schützende Decke zu erhalten. Die Blasen an der Rückenfläche der Hand hatten meist „wässerigen“ Inhalt, diejenigen in der Hohlhand häufiger „blutig gefärbten“. Platzt eine Blase, so bildet sich zunächst eine klebrige Schichte, die eintrocknet, sich später von selbst löst, wobei dann eine „junge Haut“ zu Tage kommt. — An den Füssen bilden sich die Blasen besonders an jenen Stellen, welche dem Druck und dem Reiben nicht gut anliegender Schuhe ausgesetzt sind. Er muss sich aus diesem Grunde stets die Stiefel nach Maass anfertigen lassen und nur von sehr weichem Leder.

Im Gesichte hatte er besonders während seiner Schuljahre auch öfters Blasen, deren Entstehung er auf äussere Momente zurückführt. Noch vor Kurzem sei ihm einer seiner Mitarbeiter mit schwieligen Händen über die Wangen gefahren, dabei sei die Haut zum Theil abgelöst worden. Im Mund kamen Blasenbildungen selten vor, nie am Rumpf oder an anderen, nicht bereits erwähnten Körpertheilen.

Ein 4 wöchentlicher Nichtgebrauch der Hände zu der gewöhnlichen Arbeit und gleichzeitige Anwendung von Chromsäurelösung bewirkte wohl, dass Blasen nur selten kamen und die Haut der Hände abblasste. Bald nach der Entlassung war aber der Zustand wieder wie früher.

Wenn auch in der Familie dieses Mannes (H) dies Leiden nicht noch einmal vorkommt, so gilt dies nicht für die weitere Verwandtschaft, denn ein „Nachgeschwisterkind“ von ihm (Sch.) — die Grossmutter des H. und der Vater des Sch. waren Geschwister —, ein jetzt 37 jähr. Landwirth bietet die gleichen Störungen und zwar auch wieder als einziger in seiner Familie, während seine Geschwister und fünf Kinder frei davon sind.

Ich liess mir den Mann kommen und erfuhr von ihm, dass er, soweit er sich zurückerinnert, Blasen an den Händen bekommt, wo er sich anstösst, und an den Füssen, wo die Schuhe anliegen. Zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre erschienen sie hier und da im Gesicht. Seine Mundwinkel waren stets leicht weisslich und die Zunge matt-blass. Das Zahnfleisch hatte keine Neigung zu Blutung. Schmerzen, welche nicht direct von einem Schlag oder Stoss herrührten oder von einer gerade der obersten Epidermisdecke entblössten Hautstelle, welche gereizt wurde, hatte er nicht, ebensowenig Motilitätsstörungen.

Im 20. Lebensjahre wurde er zum Militär eingezogen, aber nach 8 Tagen schon wieder wegen dieser Affection entlassen.

[1]) Vortrag, gehalten im naturhistorisch-medicinischen Verein in Heidelberg am 13. XI. 1894.

Die objective Untersuchung ergab genau dieselben Veränderungen wie bei dem vorgestellten Kranken und genau an denselben Körpertheilen. Farbe der Haut, Blasen, abgehobene Epidermisfetzen, schlecht gebildete Nägel stimmen völlig mit der früheren Beschreibung. Nur erscheint die Haut doch dünner als gewöhnlich. Das Gesicht ist geröthet und gleichzeitig gebräunt. Die ganze Mundschleimhaut hat ganz diffus eine auffallend trüb-weissliche Farbe, trotzdem der Kranke nur sehr wenig raucht.

Die inneren Organe und das Nervensystem, sowie die Muskeln verhalten sich normal.

Um was für ein Leiden handelt es sich in diesen beiden Fällen? Das im Vordergrund stehende Symptom ist die Blasenbildung und so liegt denn auch nichts näher, als in erster Linie an die Blasenkrankheit der Haut κατ' ἐξοχήν, den Pemphigus zu denken. Da die Entstehung der Blasen auf hereditärer Basis und nur unter traumatischen Einflüssen erfolgt, hat man diesen Blasenausschlag als etwas Besonderes von dem eigentlichen Pemphigus getrennt. Bei dem chronischen vulgären, afebrilen Pemphigus entstehen die Blasen spontan, wenn ich mich so ausdrücken darf, von innen heraus, meist ohne bekannte Ursachen; bei der hier vorliegenden Affection werden sie dagegen hervorgerufen durch traumatische Schädigungen der Haut, durch Druck und Reiben, besonders das letztere, also durch äussere Momente und zwar an Ort und Stelle, wo das Reiben statthat. Je vollkommener sich solche Menschen vor den äusseren Schädlichkeiten schützen, desto vollständiger und sicherer bleiben sie von dem Blasenausschlag frei; nicht so die an richtigem Pemphigus Leidenden. Ein weiteres Hauptunterscheidungsmerkmal von dem Pemphigus liegt darin, dass in allen bis jetzt zur Beobachtung gekommenen Fällen diese Neigung der Haut zu traumatischer Blasenbildung erblich war, während der Pemphigus sich jedenfalls nur selten auf dieser Basis entwickelt.

A. Goldscheider[2]) war der erste, welcher im Jahre 1882 auf dieses Leiden als auf eine besondere Krankheit aufmerksam machte. Er beobachtete den abnormen Zustand der Haut bei einem 22jährigen Musketier, dessen Geschwister, Vater und Grossmutter ebenfalls davon heimgesucht waren. A. Valentin[3]) berichtete dann 1885 über eine Familie, in welcher in 4 Generationen 11 Fälle vorkamen. Sodann erschien 1886 ein Aufsatz von Köbner[4]), von welchem die dafür gewählte Benennung Epidermolysis bullosa hereditaria herrührt. Er hatte seine Beobachtungen an einer Mutter und ihren 3 Kindern gemacht. Ein weiterer Beitrag kam von Lesser[5]), ebenfalls eine Mutter mit 3 Kindern betreffend. Endlich verdanken wir eine sehr sorgfältige Studie über das Leiden dem Schweizer Arzte Dr. Blumer[6]) in Mühlehorn. Blumer ermittelte, dass in einer Familie in 4 Generationen von 24 männlichen und 12 weiblichen Personen nicht weniger als 5 von diesen und 11 von jenen unter dieser Hautanomalie zu leiden hatten; mehrere davon, in verschiedenstem Alter stehend, untersuchte er lange Zeit eingehend nach allen Richtungen hin. Blumer rechnet mit Lesser auch einen von Hebra (Lehrbuch I, pag. 677) und Kaposi noch in seiner neuesten Auflage über Hautkrankheiten als hereditären Pemphigus betrachteten Fall hierher (22jähriger Mann; Mutter, Schwester, Bruder der Mutter und die Hälfte dessen Kinder erkrankt). Dies sind meines Wissens alle zur Zeit bekannten Veröffentlichungen über diesen Gegenstand, im Ganzen noch wenige, so dass jeder weitere Beitrag wohl erwünscht sein wird.

Was sich aus diesen Mittheilungen und meinen Beobachtungen über dieses Leiden sagen lässt, will ich der Hauptsache nach in Folgendem wiedergeben.

[2]) A. Goldscheider, Monatshefte für praktische Dermatologie. 1882, No. 6.

[3]) A. Valentin, Berliner klinische Wochenschrift, 1885, S. 150.

[4]) Köbner, Hereditäre Anlage zu Blasenbildung (Epidermolysis bullosa hereditaria). Deutsche med. Wochenschrift, 1886, S. 21.

[5]) Lesser, Archiv für Dermatologie und Syph., 1892. Ergänzungsband, S. 246.

[6]) Blumer, ebenda Originalabhandlungen, S. 105. Hereditäre Neigung zu traumatischer Blasenbildung.

Zunächst steht unzweifelhaft fest, dass das Leiden erblich ist. Nach Valentin und Blumer wird dasselbe, einmal in einer Familie aufgetaucht, immer nur von denjenigen Personen, Männern oder Frauen, auf die Nachkommen übertragen, welche selbst damit behaftet sind. Bleibt ein Glied der Familie frei, so bleiben es auch seine Nachkommen. Man stösst also hier auf gleich eigenthümliche Vererbungsverhältnisse wie bei andern erblichen Krankheiten, z. B. der Chorea chronica hereditaria, der Hämophilie u. s. w. Bis jetzt sind mehr männliche Individuen davon befallen gewesen als weibliche; doch spielt da der Zufall oft mit und bei wachsender Erfahrung kommt es nicht selten zum Ausgleich.

Blumer meint, die Krankheit werde stets durch ein weibliches Glied in die Familie gebracht. Nicht damit in Einklang würde stehen, dass die beiden Männer, über welche ich berichtete, so weit sich eruiren lässt, die ersten afficirten in der Familie sind. Ob nicht doch eine Ahne den Keim dazu legte, lässt sich ebenso wenig beweisen, wie bestreiten. Das ist jedoch von untergeordneter Bedeutung.

Die Blasenbildung wird gewöhnlich schon in frühester Kindheit bemerkt; entweder wenn die Kinder noch in den Windeln liegen und sich durch Strampeln reiben oder erst im 2. Lebensjahre, wenn sie anfangen Gehversuche zu machen, dabei sich auf allen Vieren fortbewegen, fallen, sich mit Spielsachen stossen etc. Die eine Kranke Lesser's kam sogar mit einer Blase an der Ferse zur Welt. Einmal vorhanden, verliert sich der angeborne abnorme Zustand der Haut und der Mundschleimhaut nie mehr im Leben und die betreffenden Individuen, im Uebrigen ganz gesund, stecken ihr Lebtag im wahren Sinne des Wortes in einer schlechten Haut.

Die Blasen haben die Grösse einer Linse bis eines Thalers und darüber und besitzen in frischem Zustand einen alkalischen serösen oder hämorrhagischen Inhalt, welcher dann serös-eitrig wird. An den Handtellern und Fusssohlen sind sie häufiger hämorrhagisch als an andern Körperstellen, ebenso nach Blumer bei ältern Leuten öfter als bei jungen, haben im Uebrigen ganz denselben Charakter. wie die Blasen, welche Gesunde nach langen Märschen an den Füssen, bei Feldarbeiten etc. in der Hohlhand bekommen.

Was die Verbreitung der Hautanomalie anbelangt, so erstreckt sich dieselbe bald nur auf die Füsse, bald auf die Füsse und Unter- und Oberschenkel mit Gesässgegend, oder auf die Füsse und Hände oder über den ganzen Körper. Sogar in derselben Familie bestehen diese Unterschiede in der Ausdehnung, und es scheint, dass, einmal fixirt bei einem Individuum, dieselbe durchs ganze Leben keine Neigung zeigt, sich über die betreffenden Bezirke fortzusetzen, sich zu verallgemeinern. Bevorzugt sind, wie bei Berücksichtigung der Gelegenheitsursachen, des Drucks und des continuirlichen Reibens leicht verständlich ist, jene Stellen, an welchen die Kleidungsstücke (Corset, Kragen, Strumpfbänder, Schuhe) dem Körper fester anliegen und bei jeder Bewegung reiben. Auch ist die Haut der einzelnen behafteten Individuen nicht in gleichem Maasse gegen diese Einwirkungen empfindlich, was schon daraus hervorgeht, dass manche der Kinder recht wohl den Weg zur Schule machen konnten. manche wegen der üblen Folgen überhaupt nicht, oder nur den Hin- oder nur den Rückweg, so dass sie entweder zur Schule getragen werden mussten, oder ihnen das Mittagessen gebracht wurde. So kann sich auch bei dem einen Kinde bei den ersten Schreibversuchen an der Stelle, wo der Griffel anliegt und bei der noch grossen Ungeschicklichkeit im Halten drückt und reibt, eine Blase bilden, bei einem anderen bildet sich keine. In dieser Beziehung verweise ich am besten auf die verschiedentlich abgeänderten Versuche von Blumer. Dieser Autor und Köbner konnten auch durch einfaches Reiben (3—5 Min.) der Haut an der geriebenen Stelle eine Blaseneruption hervorrufen.

Die Abhebung der oberen Epidermisschicht, resp. die Blasenbildung erfolgt, wie bereits Köbner angibt und auch mein Kranker berichtet, im Verlauf von 12—24 Stunden, ohne subjective Erscheinungen. Schmerzen werden erst verursacht durch das Oeffnen der Blasen oder nach dem Platzen durch

Entzündungsprocesse in Folge von Verunreinigung; dann auch durch das Reiben der Kleidungsstücke, besonders wenn sie ankleben. Künstlich konnte Blumer die Blasen rascher zur Entwicklung bringen durch laue Bäder (Handbäder), schon nach $^1/_2$ Stunde. Auch Valentin wurde von seinen Kranken belehrt, dass sie leichter Blasen in den Händen bekamen, wenn sie beim Arbeiten in die Hände spuckten, als wenn sie mit trockenen Händen arbeiteten. Diese Beobachtungen scheinen den Schlüssel dazu abzugeben, warum die allermeisten Individuen nur im Sommer, von Frühjahr bis Herbst, nicht oder wenigstens seltener im Winter Blasen bekamen; doch gibt es auch manche mit perennirender Blasenbildung. Es disponirt die grössere Feuchtigkeit der Haut, die reichlichere Schweissbildung mit der durch sie begünstigten Maceration der Haut erst recht zur Blasenbildung; und viele dieser Menschen leiden geradezu an Schweissfüssen (Beobachtungen von Valentin und mir). Ein Theil davon besitzt auch eine grössere vasomotorische Erregbarkeit der Haut, sind sog. „Hommes autographiques“. — Es kann hier gleich hinzugefügt werden, dass die Blasen ohne Narbenbildung zuweilen unter leichter Pigmentirung der Stellen heilen und zwar soll die Ueberhäutung nach Blumer vom Rande ausgehen. Die Function der Haut ist im Uebrigen normal.

Nägel, Haare, Zähne verhielten sich nach den genannten Autoren in ihren Beobachtungen normal. Bei einzelnen fehlen Angaben darüber, was wohl auf das Gleiche hinauskommt, da nicht anzunehmen ist, dass so gründliche Untersucher Veränderungen dieser Gebilde übersehen haben sollten. Bei meinen beiden Kranken fehlten die Nägel, schilferten und blätterten ab oder waren verkümmert. Es käme diese Nagelveränderung als neue Erscheinung hinzu; sie hat bei Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse durchaus nichts Auffallendes, ebenso wenig wie bei dem eigentlichen Pemphigus.

Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen sehen Goldscheider und Köbner die geringere Widerstandsfähigkeit der im Uebrigen normal gebauten Haut in einer erblichen, congenitalen, abnorm leichten Löslichkeit innerhalb oder an der oberen Grenze der Stachelzellenschicht, wo die Trennung bei mechanischer Reizung erfolge, so dass man es mit einem Typus derjenigen Blasenbildung zu thun habe, welchen Auspitz als „akantholytischen“ zum Unterschied von dem entzündlichen bezeichnet habe. Auch Blumer stellte fest, dass die Trennung der Epidermis im Stratum germinativum statthat und schliesst sich Goldscheider an. Ferner fanden jener Autor und Klebs einen ausserordentlichen Zellreichthum der Blutgefässe in einem Stückchen Cutis mit Blase, welches einem 6 jähr. Kind ausgeschnitten worden war. Die Wandungen besassen den embryonalen Bau bis in die feinsten arteriellen Capillaren. Auf dem Boden dieser Dysplasia vasorum nun soll es nach Klebs unter Mitwirkung eines Traumas zur Exsudation aus den Capillargefässen in das Stratum mucosum kommen, woraus die Blasenbildung resultire. Nach Blumer ist desshalb die Epidermolysis eine Angiopathie; und da nach ihm die Blasen nie angeboren sein (cf. Lesser's Angabe), das Geburtstrauma also Blasen nicht erzeugen soll, so nimmt er an, die Dysplasia vasorum entwickele sich erst später, nach der Geburt. Der Autor geht der Dysplasia vasorum zu Liebe, weil sie von Klebs auch bei Hämophilie beobachtet wurde — ein bei diesem ätiologisch auch durchaus noch nicht aufgeklärten Leiden keineswegs regelmässiger, eher seltener Befund — noch einen Schritt weiter und stellt die Hypothese auf, dass man es nach seiner Ansicht bei der Epidermolysis mit einer rudimentären Form der Hämophilie zu thun habe.

Da in der Nähe von Heidelberg eine von Lossen beschriebene Bluterfamilie existirt und die Dörfer, in welchen diese einer- und meine Kranken andrerseits wohnen, nahe beisammen liegen, liess ich Nachforschungen über eventuelle Verwandtschaft zwischen beiden Familien anstellen. Der ältere meiner Kranken schrieb mir, dass sie in keinem verwandtschaftlichen Verhältniss stünden. Auffallend muss es erscheinen und nicht für die Hypothese Blumer's spricht, dass, was dem Autor selbst auch nicht entgangen, bei der Hämophilie nicht hier und da schon Blasen auf der Haut beobachtet wurden oder umgekehrt bei der Epidermolysis Neigung zu Blutungen, was man bei so naher Verwandtschaft der beiden Krankheiten erwarten sollte.

Ich bin weit entfernt, an Stelle der nicht genügend gestützten Blumer'schen Hypothese eine andere setzen zu wollen, möchte nur darauf hinweisen, dass eine viel grössere Analogie, besonders in der Aetiologie etc., zwischen der Epidermolysis und dem Erythema traumaticum, wie auch den habituellen Hand- und Fussschweissen besteht, welch' letztere nach Kaposi ebenfalls von frühester Kindheit bis in's Mannesalter andauern, in der kalten Jahreszeit und bei ruhigem Verhalten mässiger sind als im Sommer und bei vielem Umhergehen. Hyperidrosis manum et pedum besteht bei meinen Kranken in hohem Grade und Valentin führt ausdrücklich an, dass in der von ihm beobachteten Familie bei manchen Individuen Schweissfüsse ohne Epidermolysis bestanden. Auch liegt für die Hyperidrosis die nächste Ursache nach Kaposi immer im Capillargefässsystem, welches seinerseits wieder unter neurotischen Einflüssen steht. Man wird an solche Einflüsse erinnert, wenn man liest, dass einzelne der Blumer'schen Kranken sogenannte hommes autographiques waren, also eine gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit der Haut besassen und dass ferner durch mechanische Reize, besonders durch Reiben Blasen erzeugt werden konnten (neurotische Entzündung).

Wie bei so vielen andern erblichen Krankheiten geht es auch hier. Meist kommen wir so weit, dass wir für die klinischen Symptome die anatomischen Veränderungen entweder schon makroskopisch oder erst mikroskopisch feststellen können, über die eigentliche letzte Ursache aber, welche denselben zu Grunde liegt, im Dunkeln bleiben. So wird auch von diesem Leiden berichtet, die Epidermis ist gebaut wie bei gesunden normalhäutigen Menschen. Weil nun auf äussere traumatische Reize hin unter oder durch Exsudation eine Trennung im Stratum mucosum stattfindet, wird ein geringerer Zusammenhalt oder eine grössere Löslichkeit in dieser Epidermisschichte als Ursache angenommen. In der gleichen Epidermisschicht findet aber auch die Trennung bei dem Pemphigus statt (auch hier Exsudation aus den Capillargefässen, Ansammlung des Exsudats innerhalb der Epidermisschichten, Quellung und Trennung der Retezellen oder Retezellenlager von einander, Abheben der impermeabeln Hornschicht, seröser, trüber oder blutiger Inhalt der Blasen, Heilung ohne Narbenbildung etc.), so dass ich einen wesentlichen anatomischen Unterschied zwischen den Blasen des wirklichen Pemphigus und denjenigen der Epidermolysis nicht recht finden kann.

Trotzdem halte ich es mit den früheren Autoren bei Berücksichtigung der Entstehung und des ganzen Verlaufs für gerechtfertigt, diese Hautanomalie von dem chronischen vulgären Pemphigus auseinanderzuhalten, möchte aber nicht, wie es bei der Bezeichnung „Epidermolysis bullosa hereditaria“ der Fall ist, in der Nomenclatur das charakteristischste Moment, nämlich die Entstehung durch Traumen vermissen, und dies um so weniger, da es doch auch eine hereditäre spontane Blasenbildung, einen angeborenen chronischen Pemphigus gibt.

Ueber die Prognose sind nicht viele Worte zu verlieren; sie ist, wie aus dem Mitgetheilten zur Genüge hervorgeht, quoad sanationem schlecht, quoad vitam gut.

Therapeutisch sind wir machtlos, wenn wir die Kranken nicht zur Unthätigkeit verdammen wollen oder sie sich nicht schonen können. Die Blasen selbst bleiben am besten unberührt. Sind sie offen, so sind die blossliegenden Stellen durch Borsalbe zu decken und zu schützen, bis der Ueberhäutungsprocess abgeschlossen ist. Von starken Aetzmitteln soll man nach Blumer absehen. Chromsäurebehandlung hatte in meinem Falle keinen Erfolg.

(Schluss folgt.)

Rose bei Ohrerkrankungen.

Von Dr. *Hessler*, Privatdocent in Halle a. S.

Im letzten Wintersemester habe ich 7 Fälle von Gesichts- und Kopfrose bei Ohrerkrankungen beobachtet, die in ihrem Verlaufe so interessant gewesen sind, dass sie einer Veröffentlichung werth sind. Die Fälle selbst sind in der Dissertation von Hans Graef, Jena 1894, eingehender beschrieben, so dass ich wegen der Details derselben auf diese Arbeit verweisen darf.

Im 1. Falle (Fall VI bei Graef) handelte es sich um doppelseitige chronische Mittelohreiterung, links mit Caries im Warzenfortsatz, und totalem Verluste des Trommelfells beiderseits; es hörte nur das linke Ohr. Patientin war mit einer äusseren Ohrentzündung links in Folge Kratzens im Ohr, wie schon öfters, in Behandlung genommen, und diese Entzündung war ebenfalls durch Eisbeutel und Blutegel prompt gebessert worden. 6 Tage nach den letzteren entstanden plötzlich Schüttelfrost, Ohrschmerzen, Neigung zu Ohnmacht und Schwindel, sodass Patientin nicht allein gehen konnte. Am folgenden Morgen Erysipel vorn und in der Ohrmuschel: Sofortige Aufmeisslung des Warzenfortsatzes, Eröffnung einer isolirten Höhle mit Eiter und Granulationen bei Knochensklerose. Viel Phantasiren, Schlaflosigkeit. Das Erysipel ging über Gesicht und Kopf bis zum andern Ohre und endete am 9. Tage mit kritischem Schweisse.

Im 2. Falle (Fall V bei Graef) hatte ich bei rechtsseitiger chronischer Mittelohrentzündung die typische Aufmeisslung des Warzenfortsatzes nach Schwartze gemacht und den Knochenfistelgang nach 2 Wochen erweitert: trockene Nachbehandlung. 19 Tage nachher Rose vom hintern obern Wundrand ausgehend, mit Frieren und rascher Temperatursteigerung auf 40°, endet nach 10 Tagen an der linken Ohrmuschel mit kritischem Schweisse und einem raschen Temperaturabfall um fast 4°. Patient bekam später noch einen Schlaganfall, rechtsseitige Hemiplegie und Hemianästhesie. Er beantwortete alle Fragen mit demselben: nein, nein. Nach 8 Tagen neuer apoplektiformer Anfall und Tod. Eine Probepunction nach dem diagnosticirten Hirnabscess wurde abgelehnt.

Im 3. Falle (Fall XI bei Graef) hatte sich Patient durch Rumeingiessen in's rechte Ohr gegen Zahnschmerzen eine Myringitis, mit nachfolgender Mittelohr- und Warzenfortsatz-Eiterung zugezogen. Aufmeisslung abgelehnt. Plötzlich Schüttelfrost, Fieber: Erysipelas am Ohreingang deutlich. Durch Aufmeisslung wässriger Eiter aus Antrum entleert. Rose ging über Gesicht und Kopf, endete am 13. Tage kritisch mit Schweiss und Temperaturabfall um mehr als 3 Grad.

Im 4. Falle (Fall VII bei Graef) hatte ein Patient ausserhalb Halle zu einer acuten Warzenfortsatz-Eiterung nach Influenza Gesichtsrose bekommen, die vom Ohr vorn ausgegangen war. Nach Uebersiedlung nach hier Aufmeisslung des Warzenfortsatzes, die sofort Erleichterung bringt. Am 7. Tage Rose abgelaufen, ohne Krisis, aber kein Fieber mehr. Am folgenden Tag neue Infiltration und neue Temperatursteigerung. Nach 5 Tagen schuppte sich auch das 2. Ohr, und musste die Rose auch hier als abgelaufen gelten, aber die Temperatur stieg wieder auf 40,1 und blieb über 39,0: eine doppelseitige Pneumonie an der Basis hinten; Tod nach 2 Tagen. Ob dieselbe eine genuine, oder metastatische nach Erysipelas oder durch Pyämie nach Sinusphlebitis gewesen, bleibt unentschieden; Section nicht gestattet.

Im 5. Falle (Fall VIII bei Graef) hatte sich Patient durch Kratzen eine artificielle Otitis externa zugezogen, die prompt auf zwei Eisbeutel zurückging. Plötzlich Frieren und Fieber, und Rose vom Ohreingang ausgehend. Delirien, Schlaflosigkeit, Benommenheit, Temperatur mehr intermittirend. Erysipel blieb auf linke Wange und Nasenrücken beschränkt, die nie beide zugleich, sondern stets nach einander entzündet waren. Rose endete am 13. Tage ohne Krisis.

Im 6. Falle (Fall X bei Graef) musste bei einer 70jährigen Dame bei acuter Mittelohr-Warzenfortsatz-Eiterung die Paracentese und Aufmeisslung gemacht werden, mit breiter Blosslegung der Dura mater. Am folgenden Morgen fühlte sich Patientin so wohl, dass sie kaum im Bett zu halten war, da bekam sie des Nachmittags einen Schüttelfrost, Hitze und 39,1° Fieber, Operationswunde normal. Haut vor dem Tragus erysipelatös. Starker Jodanstrich beeinflusste den Verlauf der Rose doch insofern, dass sie zuerst nur bis an den Grenzstrich derselben vorn, dann erst über die Ohrmuschel und Operationswundränder hinten ging, und nun erst über den Jodanstrich, über Gesicht und Kopf nach der andern Ohrmuschel. 39,1° höchste Temperatur. Die Rose endete Mitte des 5. Tages mit kritischem Schweisse. Späterhin mussten beiderseits am oberen und unteren Augenlide grosse und tiefgehende Abscesse incidirt und rechts 3, links 2 nekrotische Haarbalg-Eiterflöcke entfernt werden. Augen konnten erst 4 Wochen nach Beginn der Rose selbständig wieder geöffnet werden. Heilung nach 1/4 Jahr. Gehör für Umgangssprache von dicht am Ohre bis auf 3 Fuss weit gebessert.

Im 7. Falle (Fall IX bei Graef), in welchem schon vor 22 Jahren die Aufmeisslung des Antrum gemacht worden war, hatte ich wegen eines neuerlichen Rückfalles die Knochenwandungen des Mittelohrs und Warzenfortsatzes an der Aussenseite vollständig abgetragen. Der durch einen Horizontalschnitt in 2 Theile getrennte knorpelige Gehörgang wurde im obern und hintern Wundrand eingenäht. Am folgenden Tage Wohlbefinden. Gegen Abend leichtes Frieren, Nacht ohne Schlaf, viel geträumt. Beim Verbandwechsel am folgenden Morgen Operationswundrand rosefrei, dagegen fand sich eine flügelförmige erysipelatöse Hautinfiltration vor dem operirten Ohre mehr an der incisura intertragica. Hauptklagen blieben während des Verlaufs der Rose über Kopf und Gesicht die Schlaflosigkeit und die ungewohnten Träume. Kritischer Abfall in der 1. Hälfte des 5. Tags. Heilung der Operationswunde und der Otorrhoe langsam.

Ich will zuerst aus den Krankengeschichten kurz diejenigen Momente wiederholen, welche mir den Beweis ergeben, dass eine Uebertragung des Erysipels durch mich von einem Fall auf den andern nicht stattgefunden haben kann. Das erste Erysipel trat bei einer Patientin von mir auf vor der Aufmeisslung. Die Uebertragung meinerseits könnte hier nur aus der bisherigen Praxis mittels Ohrtrichters und Ohrpincette stattgefunden haben. Aber ich hatte damals seit Monaten keinen Fall von Rose behandelt. Andererseits wusste auch Patientin nichts, dass damals Rose im Kreise ihrer Bekannten beobachtet worden wäre. Folglich musste dieser erste Fall von Rose autochthon entstanden sein. Die Rose war bei der Patientin, die sich viel im Gehörgange kratzte, und an den charakteristischen Stellen Ulcerationen gesetzt hatte, zuerst am Tragus und in der Concavität der Ohrmuschel bemerkt worden. Ich habe sofort mein gesammtes Instrumentarium, das ich gewöhnlich in der Sprechstunde benütze, gründlich ausgekocht, ebenso diejenigen Instrumente, die ich für die Aufmeisslung später gebraucht hatte. Patientin bekam sofort eine eigene Wärterin, eigenes Instrumentarium und eigenes Verbandzeug. Während der Visite im Krankenzimmer hatte ich einen besonderen Mantel über meiner Kleidung, den ich gleich nach Verlassen des Zimmers ablegte, und nachher habe ich mir Hände, Gesicht und besonders den Bart jedesmal gründlich mit 0,1 proc. Sublimatlösung gewaschen. Verbunden habe ich immer zuletzt des Abends und habe stets darnach in meiner Wohnung ein Bad genommen. Zwischen diesem ersten und dem nachfolgenden Rosefalle habe ich 2 Aufmeisslungen des Warzenfortsatzes gemacht, ohne dass Erysipel hinzugekommen wäre während der ganzen Behandlung in meiner Heilanstalt. Da ich hierbei mit meinen Fingern und Instrumenten in frische Wunden hatte hineingehen müssen, war doch die Gelegenheit zu einer Uebertragung die denkbar günstigste. Aber diese Fälle verliefen ohne jede Störung.

Ich habe weiter in den folgenden 6 Fällen von Rose zwischen je 2 Rosefällen je 3mal 2 Aufmeisslungen und zwischen dem 4. und 5. Rosefall 3 Aufmeisslungen und zwischen dem 5. und 6. Rosefalle sogar 5 Aufmeisslungen des Warzenfortsatzes gemacht, die ebenfalls normal verlaufen sind, und nach dem letzten Rosefalle habe ich in 4 Monaten bis zum Beginn meiner Ferien noch 9 Aufmeisslungen gemacht, ohne nochmals Rose zu bekommen. 2 Fälle von Aufmeisslungen nacheinander mit Rose sind überhaupt nicht dagewesen. Eine Uebertragung durch mich scheint mir darnach absolut ausgeschlossen. Der 2. Fall von Rose spricht scheinbar gegen diese Verwahrung. Hier war die erysipelatöse Röthung und Schwellung zuerst am oberen Wundrand und an der angrenzenden hinteren Ohrmuschelpartie zu sehen gewesen. Weiter spricht folgender Umstand für mich: Die Rose war noch in den beiden Fällen 6 und 7 erst nach der Aufmeisslung ausgebrochen; aber auch hier ging sie wie in den übrigen 3 operativen Fällen nicht von der Operationswunde aus, sondern sie entstand vorn im Gehörgang, ging von da aus auf Kopf und Gesicht über und endete, nachdem sie noch ganz zuletzt die Operationswunde und die hintere Fläche der Muschel des primär erkrankten Ohres ergriffen hatte. Ausserdem bestand mehr als 24 Stunden Apyrexie, und erst am Anfang des 2. Tages nach der Operation und ohne dass ein Verbandwechsel stattgefunden hatte, war das Erysipel acut zum Ausbruch gekommen.

Ich möchte weiter anführen, dass zufällig die Rosepatienten in verschiedenen Zimmern gelegen haben, keiner in ein Zimmer wieder gekommen ist, in welchem vorher mal Rose gelegen hatte. Es ist mein Princip, jedes Zimmer meiner Heilanstalt, in welchem eine Infectionskrankheit, wie Masern, Scharlach,

Diphtheritis u. dergl. vorgekommen, gründlich zu desinficiren und auszuräuchern. Die beiden letztgenannten Patienten 6 und 7 waren zufällig wieder zuerst in 2 Zimmer gekommen, die ich nach Entlassung ihrer Inhaber mit einfacher Diphtheritis des Rachens, durch die hiesige städtische Desinfectionsanstalt hatte desinficiren lassen. Also ist auch eine Uebertragung des Erysipels durch die Zimmer auszuschliessen.

Rosefall 4 war ein auswärtiger Patient. Der Hausarzt erzählte mir bei der ersten Consultation, dass er seit 4—5 Jahren überhaupt keine Rose mehr in der Praxis zu sehen bekommen habe und dass ihm neuerdings auch kein Fall einer solchen aus der Stadt amtlich bekannt geworden sei.

Es bleibt nur übrig anzunehmen, dass das Erysipel in jedem einzelnen Falle autochthon entstanden ist und eine Uebertragung von einem Falle zum anderen nicht stattgefunden hat. Gerade in demselben Semester habe ich relativ viel adenoide Vegetationen, Nasenpolypen, Hals- und Rachenmandeln entfernt, ohne irgend welche Störung in der Nachbehandlung. Erysipel in der Praxis darf darnach kein Grund sein, etwa nothwendige operative Eingriffe zu verschieben. Ich kann desshalb Korteweg und Guye-Amsterdam, um den neuesten hierhergehörigen Fall zu nehmen[1]), nicht zustimmen, dass „einige Erysipelasfälle auf der Abtheilung Ursache waren, dass die Operation — Trepanation des Schädels wegen Pachymeningitis externa oder Extraduralabscesses —, weil kein Periculum in mora bestand, verschoben wurde“; gleichwohl lag Patient 6 Tage auf der Station mit Rose.

Die Rose ging in sämmtlichen Fällen primär vom Ohre aus, eine secundäre Rose, die von einer anderen Körperstelle weiter auf das Ohr übergegangen wäre, habe ich nicht beobachtet. Haug[2]) sagt: Was den Verlauf dieser primären Ohrerysipele anbelangt, so gestaltet er sich im Allgemeinen wie die anderen; nur bleibt es gerne bei dem einen Ohre, das allerdings dafür zuweilen um so intensivere Localerscheinungen aufweisen kann. Alle meine Rosenfälle gingen über Gesicht und Kopf, mehr oder weniger weit über den Nacken nach unten, und endeten an der anderen Ohrmuschel.

Auffallend war mir im Fall 7 gewesen, dass der Ohreiter nicht die übliche dickeitrig-schleimige Beschaffenheit des Secrets zeigte, „sondern mehr dünnflüssig, seröseitrig blieb“. Nachträglich habe ich constatirt, dass in den Fällen 1, 3, 4, 6 und 7 bei der Aufmeisslung sowohl in den isolirt gelegenen Höhlen des Warzenfortsatzes als im Antrum mastoid. selbst der Eiter immer als „dünner“ bezeichnet ist. Ich möchte hier nur auf diesen Unterschied hingewiesen haben, vielleicht gewinnt er einmal eine differentialdiagnostische und prognostische Bedeutung.

Der Verlauf der Rose schwankte in meinen Fällen zwischen 5 und 13 Tagen, und zwar endete dieselbe 2 mal am 5. Tage, je 1 mal am 9. und 10. Tage und 2 mal erst am 13. Tage. Das entspricht der gewöhnlichen Dauer. Nach Volkmann[3]) und Tillmanns[4]) beträgt die durchschnittliche Dauer der Kopf- und Gesichtserysipele etwa 7—9 Tage; es gibt auch ausgeprägte Fälle von $1^1/_2$—1 tägiger Dauer; die mittlere Dauer beträgt 4—8—10 Tage. Billroth meint, dass es schon eine grosse Seltenheit sei, wenn ein Erysipel sich 14 Tage hinziehe.

Ich hatte früher in sporadischen Rosefällen durch einen kräftigen Anstrich von Jodtinctur, 2 mal nach je 3 Stunden an derselben Stelle wiederholt, um die Rose herum, dieselbe coupiren können. Mir schien es, dass diese Methode um so sicherer wirkte, je früher der Jodanstrich gemacht wurde, wenn die Rose sich noch nicht über Markstückgrösse ausgebreitet hatte.

Ich möchte die Fälle ihres nachträglichen Verlaufes wegen kurz anführen.

---

[1]) Guye, Ein Fall von Pachymeningitis externa ex otitide durch Trepanation geheilt. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, XXVI, S. 30.

[2]) Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen. 1893, S. 109.

[3]) Erysipelas, Handbuch der Chirurgie von Pitha und Billroth, 1. Bd. 2. Abth. A, S. 168.

[4]) Erysipelas, 1880, S. 135.

Im 1. Falle (Fall I bei Graef) constatirte ich schon vor der Aufmeisslung des Warzenfortsatzes die Rose, als sich eine erbsengrosse rosenrothe, etwas erhabene und infiltrirte Stelle in der Mitte des Warzenfortsatzes fand. Eine Hautulceration war nicht zu entdecken.

Gründliche Desinfection der Operationswunde mit Sublimat 1:1000 und 3 proc. Carbol hatte die erhoffte Coupirung der Rose nicht gebracht. Beim 1. Verbandwechsel nach 2 Tagen Jodumstrich um Operationswunde und Rose, die über die Ohrmuschel fortgegangen war. Nach 2 Tagen war die Temperatur auf 37° gefallen, und das Erysipel nicht über den Jodanstrich gegangen. Eine ödematöse Schwellung der Haut verbreitete sich genau, wie die Rose es zu thun pflegt, über Gesicht und Kopf und endete an der andern Ohrmuschel. Die höchste Temperatur war hierbei 37,8. Weiterhin schuppte sich die Haut wie bei Scharlach ab. Während dieser Zeit war Patientin nicht im Bette zu halten, sie spielte im Freien und war wieder so vergnügt wie früher. Demnach war die Erysipelas-Infection der Haut durch den Jodumstrich dahin mitigirt worden, dass das am heftigsten wirkende Gift innerhalb desselben zurückgehalten worden war.

Im 2. Falle (Fall II bei Graef) hatte ich wegen doppelseitiger chronischer Otorrhoe den Warzenfortsatz doppelseitig zu verschiedenen Zeiten aufgemeisselt. Erst 2 Tage nach der 2. Aufmeisselung, März 1892, und 1 Tag nach dem 1. Verbandwechsel plötzlich Schüttelfrost und rasche Temperatursteigerung von der Norm auf 39,3°; die Rose zeigte sich zuerst am oberen Wundrande und an der hinteren Ohrmuschelseite. Noch 2 Tage nach einem kräftigen Jodanstrich blieb die Temperatur zwischen 39 und 40°, dann plötzlicher Abfall von 40,3 auf 37,3° und kritischer Schweiss. Die Rose ging nicht über den Jodanstrich hinaus.

Januar 1893 hatte ich noch eine Gesichtsrose im Anschluss an ein Ekzem des Naseneingangs zu behandeln. Patient hatte die Gewohnheit, sich mit den Fingernägeln eine Kruste von der rechten Seite der Nasenscheidewand abzukratzen, worauf sich oft Nasenbluten und „rothe Nase“ eingestellt hatten. Ich fand eine 10pfennigstückgrosse Kratzfläche am Nasenseptum gleich hinter dem Eingange und eine auf Rose verdächtige Röthung an der linken Nasenseite. Abends war dieselbe bis zum linken inneren Augenwinkel fortgezogen; die Diagnose Rose war gesichert. Ich machte einen Jodanstrich vom rechten Nasenflügel über den Nasenrücken, über linke Stirn und das linke Auge herum bis wieder zur Nasenspitze. Die Rose kam nur bis zum Jodanstrich und ging nirgends über denselben hinaus, und am 4. Tag war Patient fieberfrei. Bei Beginn der Rose theilte mir Patient seine Bedenken mit, dass sich doch keine Rose entwickeln würde, sein Bruder sei an einer Gesichtsrose gestorben, und war, ohne meinen Schrecken zu bemerken, erfreut über meine Ausrede, dass es sich bei ihm um eine leichte Lymphangitis handle.

Ich möchte noch kurz einen hierhergehörigen interessanten Fall anführen, den ich schon 1885 im Archiv für Ohrheilkunde XXII, S. 38 veröffentlicht habe.

Die Rose war hier von Blutegelstichen am Warzenfortsatz bei acuter Mittelohrwarzenfortsatzeiterung ausgegangen. Die sofort vorgenommene Aufmeisslung des Warzenfortsatzes coupirte das Erysipel nicht, dasselbe ging über die linke Backe und Stirn und über den Kopf bis an die hintere Ohrmuschelseite rechts. Beim 1. Verbandwechsel nach 2 Tagen hatte ich einen starken Jodanstrich von der Mitte der linken Stirnseite, am linken äusseren Augenlid vorbei und über die linke Backe bis an den Unterkiefer herab gemacht. Die Rose war an der Stirn nur an 2 Stellen eben über den Anstrich fortgegangen, und mit dem Abfall der Temperatur am 6. Tage war auch hier der Process anscheinend coupirt. Puls von 102 auf 80 gesunken. Auf folgenden Nachmittag Aufregung durch Besuch, der länger geblieben war, als sie selbst für gut fühlte, und sie durch unangenehme Neuigkeiten gemüthlich bewegt hatte. Gleich darnach Fiebergefühl, Frieren und rasche Temperatursteigerung von 36,9 auf 40,4°. Am folgenden Tage waren die vordere Seite der rechten Ohrmuschel und die angrenzende Backenpartie erysipelatös, und nun verlief die Rose über die ganze rechte Gesichtshälfte bis genau an die Linie des inzwischen abgeschälten Jodanstrichs links, um hier definitiv zu enden. Ich nahm damals an, dass die Erregung durch den Besuch die in den Lymphgefässen scheinbar zur Ruhe gekommenen Infectionsstoffe in das benachbarte Gefässsystem der rechten Gesichtshälfte gedrängt habe. Ende der Rose am 5. Tage ohne kritischen Schweiss.

Auf Grund dieser günstigen Resultate der Behandlung der Gesichts- und Kopfrose mit dem Jodtincturumstrich hatte ich bei den 6 Fällen der kleinen Roseepidemie den Jodumstrich so früh als möglich gemacht und in derselben Weise wie früher 2 mal wiederholt. Bei Fall 4 war die Rose bereits über die Hälfte der Stirn und des Kopfes gegangen, als Patient nach Halle übergesiedelt war. In allen Fällen blieb der Erfolg aus, die Rose ging frei über den Jodanstrich weg und ich kann nicht sagen, dass sie irgend wie mitigirt worden wäre. Der Genius epidemicus der Erysipelas war hiernach ein schwererer. Trotzdem habe ich keinen Patienten direct durch die Rose verloren.

Die Frage, ob man im Beginn einer Rose die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vornehmen dürfe oder müsse, hatte ich 1885 dadurch bejahend beantwortet, dass ich mich damals für die Operation entschloss auf Grund folgender Erwägung: „Einmal ist der Krankheitsverlauf nach der Operation bisher immer fieberlos gewesen bei nicht complicirten Verhältnissen, folglich konnte durch denselben die Temperatur der Rose nicht auffällig gesteigert werden. Dann war der Zustand der Patientin noch immer so zufriedenstellend, dass von der Chloroformnarkose und der Operation selbst keine directe Gefahr befürchtet zu werden brauchte. Hätte ich bis zum Ablauf des Erysipeles gewartet, der vielleicht nach 8—10 Tagen eingetreten wäre, hätte die Ohreiterung zu ausgedehnteren cariösen Zerstörungen am Dach der Mittelohrhöhle führen können, die zum Mindesten die Nachbehandlung sehr verzögert haben würden. Operirte ich jetzt, waren ausserdem die meningitischen Erscheinungen vom Ohre her coupirt, ehe die specifische Entzündung über den Kopf hin sich ausgebreitet hatte.“ — Ich stehe noch heute auf demselben Standpunkte, und die Erfolge in den letzten 6 Fällen haben mir die Richtigkeit meines therapeutischen Handelns erwiesen. Die Rose ist darnach keine Contraindication für die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes oder eine andere Operation, sondern in den bis dahin zweifelhaften Fällen eher noch eine Indication mehr, rasch einzugreifen, ehe die meningealen Reizungen von der Rose und Ohreiterung zusammen ihren Höhepunkt erreichen.

Auf die Frage nach dem Grunde des häufigen Zusammentreffens von Mittelohreiterung und Rose gibt die Bakteriologie der Gegenwart befriedigende Antwort. Nach Janowski[5]) kann eine Eiterung zweifellos unter Einwirkung des das Erysipel hervorrufenden Mikroorganismus entstehen, aber dies geschieht aller Wahrscheinlichkeit nach nicht, weil der das Erysipel hervorrufende Fehleisen'sche Mikroorganismus unter gewissen Bedingungen pyogen sein kann, sondern nur aus dem Grunde, weil er mit dem gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismus identisch ist. Es ist heute das Eine wie das Andere bewiesen, dass der aus einem Erysipel gezüchtete Streptococcus im Stande ist, Eiterung hervorzurufen, und dass der aus ganz unabhängig vom Erysipel entstandenen Eiterherden gezüchtete Streptococcus Erysipel hervorzurufen im Stande ist. Nach Janowski ist heutzutage bewiesen, dass der Erysipelcoccus Fehleisen's mit dem Rosenbach'schen Streptococcus identisch ist. Von den vielen einschlagenden Arbeiten will ich nur die von Winckel anführen. Derselbe züchtete[6]) aus einem parametritischen Eiterexsudate, aus Eiter aus dem Peritoneum und aus der Pleurahöhle, wie aus dem Uterus einer an einem Puerperalfieber Kranken Mikroorganismen, die, in's Ohr von Kaninchen verrieben, Erysipel erzeugten, und in die Bauchhöhle injicirt, in einem Falle Eiterung hervorriefen.

Praktische Folgerungen dieser bacteriologischen Befunde würden die sein, dass das Erysipel nicht infectiöser ist, als die acute Mittelohreiterung, eine Isolirung der Rosekranken nicht angezeigt ist, die Desinficirung unseres Instrumentariums bei Behandlung jeder einzelnen Otorrhoe ebenso vorsichtig vorzunehmen ist, wie es jetzt sicher bei jedem Rosefalle geschieht. Im Allgemeinen gilt wohl die Erfahrung, dass im letzteren Punkte in der Praxis gründlicher als bisher verfahren werden könnte.

Es ist Thatsache, dass manche Personen die Rose sehr oft wieder bekommen, und dass in einzelnen Familien die Rose erblich, sogar in gewissen Eigenthümlichkeiten des Verlaufs. Für diese Fälle müssen wir annehmen, dass der Streptococcus bei ihnen günstige Verhältnisse findet, leicht in das Lymphgefässsystem einzudringen und dort das Erysipel zu machen. Kommen solche Individuen in verschiedener Zahl und rasch nach einander in die Behandlung eines Einzelnen, so hat man eine solch' kleine Roseepidemie, wie ich sie jetzt gehabt habe, die aber dadurch charakterisirt ist, dass eine Uebertragung der Rose von einem Fall auf den andern nicht vorkommt. Unbeantwortet bleibt allerdings noch die Frage, woher es kommt, dass die Rose in der einen Zeit durch einen Jodanstrich coupirt wird, in der andern nicht.

Volkmann (l. c. S. 151 und 160) beobachtete im Sommer 1868 eine eigenthümliche Epidemie von Erysipelas in seiner Klinik. Es erkrankten im Verlaufe von wenigen Monaten einige 70 der theils in der Klinik liegenden, theils in ihr operirten oder regelmässig zum Verband in die Klinik kommenden Kranken. Gleichzeitig beobachtete er selbst wie die Aerzte in der Stadt und auf dem Lande das Erysipel viel häufiger, als es sonst geschehen war. Es wurde jede denkbare Vorsichtsmassregel ergriffen. Die Hände wurden mit Antisepticis gereinigt; Kranke mit jauchenden Wunden und Erysipelatöse erhielten ihre eigenen Instrumente; Pyämische und selbst muthmasslich Pyämische wurden auf's Land oder in die Stadt dislocirt. Wer einen Kranken mit einer jauchenden Wunde verbunden, durfte an demselben Tage keinen anderen Verwundeten berühren; es wurde desinficirt, gelüftet, isolirt: ohne den geringsten Erfolg.

Nach viermonatlicher Dauer erlosch die Epidemie, ohne dass Volkmann den geringsten Einfluss darauf gehabt hätte, und darauf, wo alle die genannten Vorsichtsmassregeln viel laxer gehandhabt wurden, theils ganz sistirt waren, kamen keine Erkrankungen mehr vor. Im Gegentheil, es ist darauf eine Zeit so ungewöhnlich glücklichen Verlaufs aller Verwundungen und Operationen gefolgt, wie sich Volkmann einer solchen kaum erinnerte.

Im Gegensatz hiervon habe ich festgestellt, dass in der gleichen Zeit meiner Rosefälle in der Stadt keine Vermehrung der Rose beobachtet worden ist: Die medicinische Poliklinik der Universität hatte 1887/88 43 Rosefälle gehabt, 1890/91 41 und 1893/94 38; in der chirurgischen Klinik war das Erysipel nur 2 mal bei nicht operirten Patienten im Gesicht aufgetreten, und die Zahl der von ausserhalb eingebrachten Rosepatienten war nicht grösser als bisher; in der Kgl. Ohrenklinik waren 1 Rosefall, von der Nase ausgehend, und in der Poliklinik derselben 2 in Behandlung gekommen; auch im Diakonissenhause, wo ich die grösseren Operationen, zu denen ich Chloroform und mehr Assistenz gebrauche, mache, waren damals keine Rosefälle seit Monaten mehr in Behandlung gewesen, und die Rose ist auch in der Zeit meiner Rosefälle nach keiner Operation daselbst aufgetreten.

Diese statistischen Vergleiche sprechen augenscheinlich gegen meine Annahme, dass in meinen Fällen nicht eine directe Uebertragung des Rosegiftes durch mich stattgefunden hat. Andererseits bleibt es unerklärt, warum dann die Rose die Fälle nicht der Reihe nach betroffen hat. Eines ist allen Fällen gemeinsam gewesen: das viele Kratzen im Gehörgange mit nicht reinen Instrumenten. Eine individuelle Disposition mag die Infection der Kratzwunden mit Rosecoccen vermehren.

[5]) Janowski, Die Ursachen der Eiterung vom heutigen Standpunkte der Wissenschaft; Ziegler, Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, Bd. XV.

[6]) Nach Baumgarten, Mykologie. 1890, Verhandlungen des I. Congresses für Gynäkologie in München, 1886.

Zum Mechanismus der Querfractur der Patella.

Von *Ferdinand Bähr* in Hannover.

In einer Abhandlung über die Patellafracturen[1]) hat Verfasser den Versuch gemacht, nachzuweisen, dass die bisherige Annahme über die Entstehung der Querfractur nicht im ganzen Umfange zutreffend sei. Die Vorstellung, der Fallende treffe mit der Kniescheibe nicht auf den Boden, hatte zu einer unberechtigten Betonung des Muskelzuges als ätiologisches Moment geführt. Man könne dies Moment höchstens für ein Fünftel gelten lassen; irgend eine genügende Erklärung aber für den bei diesem Fünftel maassgeblichen Mechanismus vermochte ich nicht zu geben, nur soviel ging hervor, dass die plötzliche

[1]) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. No. 107.

Contraction des Musculus quadriceps nicht die ihr vindicirte Rolle spiele, da vor Allem in den meisten Fällen die Plötzlichkeit und die Mächtigkeit der Contraction fehlt, um den Bruch als im Wesentlichen durch Muskelzug entstanden zu erklären. Bei dem etwas gebeugten Knie ist zudem die Wirkung des Quadriceps auf die untere Hälfte der Kniescheibe ausgeschlossen, weil der Zug des Quadriceps zum grossen Theil durch das Anstemmen der oberen Hälfte gegen die Rolle aufgehoben wird. Reine Fracturen durch Muskelzug sind bei gebeugtem Knie nur immer in der oberen Hälfte möglich.

Es war doch einigermaassen befremdend, dass der Quadriceps die Patella mit Vorliebe in der Mitte oder wenig unterhalb derselben, in der Nähe des grössten Sagittaldurchmessers trennte. Diese Stelle entspricht der Grenze der unterstützten oberen Hälfte an den nicht unterstützten Apex. Dass die Patella nur in der Mitte aufliege, mit oberer und unterer Hälfte aber hohl, habe ich l. c. widerlegt.

Der Bruch hat die Neigung die untere Hälfte zu treffen, eine Erklärung hierfür fehlt bis jetzt. Die Annahme, dass das untere Stück von Hause aus schlechter ernährt sei, hat sich als hinfällig erwiesen. Das Gegentheil ist der Fall.[2]) Aber auch die von Stumpff hervorgehobene geringere Mächtigkeit der unteren Hälfte reicht nicht zur Erklärung aus, da sie gerade für den wichtigen Sagittaldurchmesser am wenigsten zutrifft.

Um alle Einzelheiten der Entstehung der Fractur und ihres Charakters genügend zu erklären, dürfte folgende Annahme ausreichen: Bei dem drohenden Fall macht der Patient bei leicht gebeugtem Knie eine Anstrengung das Knie zu strecken. Der Quadriceps fixirt die Patella gegen die Rolle, alle verbindenden Theile sind gespannt. Das Hinaufrücken der Patella, schon durch das Anpressen behindert, wird erschwert dadurch, dass der Querdurchmesser der Vertiefung der Rolle nach oben abnimmt, während die Patella gleichzeitig nach der Mitte zu breiter wird. (In der Streckstellung liegt die Kniescheibe bekanntlich nur auf den Rollenrändern auf, im Zwischentheil aber hohl.) So lange das Knie nicht in annähernder Streckstellung sich befindet, liegt die obere Hälfte der Patella der Rolle auf, namentlich in ihrer lateralen Partie. Erleichtert wird das Anpressen gegen die Rolle durch die dieser zustrebende Zunahme des Sagittaldurchmessers der Kniescheibe bis zur Mitte. Dem Patienten gelingt das Aufrichten nicht, er knickt plötzlich im Knie ein. Der Theil, welcher in diesem Moment die stärkste Spannung in voller Plötzlichkeit erfahren muss, ist nothwendigerweise das Ligamentum patellae, das bei seiner Derbheit eher den unelastischen Apex möglichst nahe der Unterstützung abreisst, als selbst durchtrennt wird; begünstigt wird an dieser Stelle der Bruch durch die Winkelstellung der Kräfte im Gegensatz zum Austrag der Gewaltwirkung an dem Ligamentum oder dessen Ansatz an der Tibia. Quadriceps, Rolle, Patella bilden in diesem Momente gleichsam ein Ganzes, an welchem ein Knochenvorsprung, der Apex, abgerissen wird. Das abgerissene Knochenstück kann in der Grösse variiren, die Bruchlinie wird aber aus oben erwähnten Gründen möglichst nahe am Uebergang des unterstützten zum freiliegenden Theil liegen, vorwiegend aber auf diesem.

Die Contraction des Quadriceps hat also hierbei für den eigentlichen Trennungsact wenig Bedeutung, sie bereitet denselben nur vor dadurch, dass sie das obere Fragment fixirt. Gelingt es uns an der Leiche die Patella in ähnlicher Weise festzustellen, so können wir vermuthlich den Bruch bewerkstelligen, wenn wir den Unterschenkel brüsk flectiren. Es ist allerdings nicht ganz ohne Zweifel, dass uns ersteres gelingt.

Nach stattgehabter Fractur liegt in der Veränderung der Patella eine Prädisposition für diesen Mechanismus, einestheils weil ein vorhandener Callus durch die Unebenheit oder eine bindegewebige Vereinigung durch die Knickung die Fixation der Patella gegen die Rolle erleichtert, anderntheils weil der Längendurchmesser der Kniescheibe dadurch in der Regel vergrössert wird, ihre unterstützte Fläche zunimmt und so eine schärfere Wirkung auf den Apex ermöglicht. Es ist also weniger der Schaden an und für sich, welcher die Patella betroffen hat, als die begleitende Formveränderung, welche die Refractur begünstigt, und eine nicht zufriedenstellende Function, die dadurch bedingte Unsicherheit wird uns die Möglichkeit der Wiederholung nahelegen, während sie entsprechend der Abnahme der acuten Veränderungen, der Zurückbildung des Callus, dem Abschleifen der Bruchkanten abnimmt.

Es liegt nun auch nichts Besonderes darin, dass „das obere Fragment unter den hierhergehörigen Beobachtungen (Rissfracturen der alten Patellafragmente) auffallender Weise nur ein einziges Mal Sitz der Ruptur ist, die in allen anderen Fällen das untere betrifft“ (Stumpff l. c.). In jenem einen Falle findet sich zudem das frühere, grössere, obere Fragment getrennt.

Die Querfractur mit oder ohne Fall auf das Knie zeigt bei beiden Eventualitäten die Analogie, dass auf den nicht unterstützten Apex plötzlich eine scharf localisirte Gewalt wirkt. Es erhellt aber auch, dass die Wucht des Falles ganz unwesentlich sein kann und in der Anamnese in den Hintergrund tritt.

Es liessen sich wohl aus Vorstehendem noch allerhand Schlüsse ziehen mit Bezug auf das gegenseitige Verhalten der Patellafractur zu den Trennungen der Quadricepssehne und des Ligamentum patellae, sowie dem Ausreissen der Tuberositas der Tibia, indess wollen wir nur den Schluss ziehen, dass wir in der Annahme, der Extensor reisse durch seine Contraction die normale Patella so leicht entzwei, etwas zurückhaltender sein müssen, gerade so wie in letzter Zeit die Wirkung des Muskelzuges bei der Entstehung anderer Rissfracturen eingedämmt wurde.

Zur Lehre von der Rhinitis fibrinosa.

Von Dr. *S. Felsenthal* in Mannheim.

Im Anfang des Jahres 1892 machte Baginsky gelegentlich eines in der Berliner medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrags „Zur Aetiologie der Diphtherie“ die Mittheilung, dass er bei 2 Fällen von Rhinitis fibrinosa Bacillen gefunden habe, die mikroskopisch, wie in ihrem Wachsthum und im Thierexperiment sich genau verhielten wie die Löffler'schen Diphtheriebacillen. Stamm hat dann im 14. Band des Archivs für Kinderheilkunde die ausführlichen Krankengeschichten dieser Fälle mitgetheilt und eine genaue Beschreibung des bakteriologischen Befundes veröffentlicht. Zugleich theilte er einen 3. Fall von pseudomembranöser Rhinitis mit, der in den Membranen ebenfalls den Löffler'schen Bacillus barg. Es waren reine Fälle von Rhinitis fibrinosa, wie sie Schuller und Henoch zuerst beschrieben haben; nur in den Nasengängen befanden sich Membranen; die Rachenschleimhaut war nicht betheiligt; Temperatur und Allgemeinbefinden waren ungestört; die Patienten — es waren Kinder von 3—5 Jahren — klagten nur über Verstopfung der Nase. Aus den Membranen der Nasenhöhle wurden, wie gesagt, Diphtheriebacillen gezüchtet. Kaninchen, die mit einer Aufschwemmung der Bacillen in sterilem Wasser subcutan geimpft waren, starben nach 6 Tagen. Die Section der Thiere ergab den nach Impfung mit Löffler-Bacillen constant auftretenden Befund, nämlich ein sulzig hämorrhagisches Oedem der Haut an der Einstichstelle, parenchymatöse Entzündung von Leber und Niere. Lunge und Pleura wurden stets frei gefunden. — Fast gleichzeitig und unabhängig von Stamm fand Luigi Concetti in einem Falle von Rhinitis fibrinosa den Löffler'schen Diphtheriebacillus.

Diese Mittheilungen über den Befund von Diphtheriebacillen bei Rhinitis fibrinosa, einer Krankheit, die bis dahin als eine harmlose galt, als eine ungewöhnliche Steigerung eines gewöhnlichen Schnupfens, veranlassten bald die Aussprache derer, die sich mit ähnlichen Untersuchungen schon beschäftigt hatten, und regten zu weiteren Untersuchungen an.

---

[2]) Vergl. die Untersuchungsergebnisse von Ballowitz in O. Stumpff: Ueber Refracturen der Patella durch Muskelzug.

So erklärte B. Fränkel in der Discussion über Baginsky's Vortrag, dass er bei Rhinitis fibrinosa den Diphtherie-Bacillus bis jetzt stets vermisst habe. In einem Falle, da gleichzeitig 2 Kinder derselben Familie mit dieser Rhinitis in seine Behandlung kamen, so dass man also an eine gewisse Uebertragbarkeit dieser Krankheit denken musste, habe er, trotz besonders genauer Untersuchung, keine Diphtheriebacillen gefunden.

v. Starck berichtete dann über 3 Fälle von Rhinitis fibrinosa, bei denen sich in zwei Fällen die Nasenaffection anschloss an Pleuritis fibrinosa, im 3. Fall an Pneumonia fibrinosa. Diphtheriebacillen wurden nicht gefunden. Doch glaubt v. Starck, dass ein bestimmter oder vielleicht verschiedene Mikroorganismen die Erkrankung hervorrufen können. Abel theilte alsdann einen Fall der in Rede stehenden Krankheit mit, in welchem Pneumococcen die wahrscheinliche Ursache darstellten. Abbot dagegen fand in drei Fällen von Rhinitis fibrinosa Löffler-Bacillen. Aus einem Falle wurden Bacillen von normaler Virulenz isolirt; bei den zwei andern Fällen — es waren zwei Schwestern von 2 und 7 Jahren — fanden sich einmal Bacillen, die Meerschweinchen innerhalb 48 Stunden tödteten, während beim 2. Fall die gezüchteten Bacterien eine viel geringere Virulenz zeigten. Die geimpften Thiere blieben leben; an der Injectionsstelle zeigte sich ein geringes, rasch vorübergehendes Oedem.

Masucci veröffentlicht einen von ihm beobachteten Fall von Rhinitis fibrinosa, bei dem die bacteriologische Untersuchung negativ ausfiel.

In neuester Zeit theilt Abel einen zweiten Fall von fibrinöser Rhinitis mit. Bei einem 9jährigen Knaben zeigte sich die Schleimhaut der rechten Nase geschwollen und mit einem fibrinösen Exsudat bedeckt, die Schleimhaut der linken Nase war geröthet, aber ohne Exsudat. Der Rachen war frei, weder geröthet noch geschwollen; Fieber bestand nicht, das Allgemeinbefinden war ungestört. Bei der bacteriologischen Untersuchung der Membran fanden sich zahlreiche Colonien von Diphtheriebacillen; auch Serumausstriche aus der linken Nase liessen Diphtherie-Colonien aufgehen. Im Rachen wurden keine Diphtheriebacillen gefunden. Die Bacillen tödteten Meerschweinchen nach 36 Stunden unter dem charakteristischen Befund für den Tod an Diphtherie. — Die Anamnese ergab, dass der Knabe vorher niemals an Diphtherie gelitten. Dagegen war die Mutter vor kurzer Zeit an Rachendiphtherie erkrankt.

Bei einem zweiten Fall von einseitiger Rhinitis fibrinosa konnte Abel ebenfalls vollvirulente Diphtheriebacillen nachweisen.

In einer Sitzung des Vereins für innere Medicin in Berlin erklärte Scheinmann im Anschluss an eine Demonstration eines Falles von Rhinitis fibrinosa, dass er wiederholt Diphtheriebacillen in den Membranen der Nase habe nachweisen können. — Bei dem vorgestellten Falle liess er Membranen aus der Nase im Institut für Infectionskrankheiten untersuchen und der Bescheid lautete, dass das Präparat Diphtheriebacillen enthalte, die in Dosen von 0,1—0,3, Meerschweinchen injicirt, diese in 24 Stunden unter den typischen Erscheinungen der Diphtherie tödteten.

Ich selbst habe im Sommer 1893 in der Poliklinik des Herrn Privatdocenten Dr. B. Baginsky zu Berlin 2 Fälle von Rhinitis fibrinosa bakteriologisch untersucht. Die Patienten suchten wegen „Verstopftseins“ in der Nase die Poliklinik auf. Der Rachen war weder geröthet, noch zeigte er Belag; an Diphtherie waren beide Kinder noch nie erkrankt. In dem einen der untersuchten Fälle konnte ich keine Diphtheriebacillen constatiren, während im anderen Fall morphologisch und culturell dem Löffler-Bacillus völlig identische Bakterien zu finden waren. Doch zeigten dieselben für Kaninchen eine abgeschwächte Virulenz. Subcutane Injection in sterilem Wasser aufgeschwemmter Bakterien tödtete die Thiere nicht, nur eine mässige Schwellung an der Injectionsstelle war aufgetreten, die sich nach einigen Tagen wieder zurückbildete.

Uebersieht man die Befunde, welche in den letzten 2 Jahren bei Rhinitis fibrinosa erhoben wurden, so gewinnt man den Eindruck, dass es sich bei der Mehrzahl der Fälle von Rhinitis fibrinosa um eine Erscheinungsform der Diphtherie handelt. — Diese Thatsache ist für die Praxis ausserordentlich bedeutungsvoll und sie verliert auch dadurch nichts an ihrer Wichtigkeit, dass die Diphtheriebacillen nicht in jedem Falle vollvirulent waren.

Schon im Jahre 1890 haben Brieger und Fränkel die verschiedene Virulenz der Diphtheriebacillen erkannt, namentlich aber durch die Untersuchungen von Roux und Yersin wissen wir, dass auch bei ganz zweifellosen Fällen von echter Diphtherie das Maass der Virulenz, über welche die Diphtheriebacillen verfügen, keine feststehende Grösse ist. Löffler und nach ihm noch andere Untersucher haben bereits Mikroorganismen beschrieben, welche den legitimen Diphtheriebacillen überaus ähnlich waren, sich aber von diesen unterschieden durch das Fehlen der pathogenen Eigenschaften: die sogenannten Pseudodiphtheriebacillen. Indess haben Roux und Yersin den Nachweis geführt, dass der Diphtheriebacillus und der sogenannte Pseudodiphtheriebacillus Angehörige der gleichen Bacterienart sind; sie haben weiter gezeigt, dass beide künstlich in einander verwandelt werden können. Es ist desshalb als sicher anzunehmen, dass unter uns noch nicht bekannten Verhältnissen der Diphtheriebacillus seine Virulenz ganz oder theilweise einbüssen kann, dass aber auch abgeschwächte Bakterien ihre volle Virulenz wieder erlangen können, auch unter natürlichen Verhältnissen, durch das Zustandekommen einer Mischinfection mit Streptococcen u. dergl.

Die bakteriologische Untersuchung bei Nasenkrankheiten, welche mit Membranbildung einhergehen, ist desshalb von grösster Bedeutung und in jedem Falle durchzuführen. Finden sich Diphtheriebacillen in den Membranen, handelt es sich also um eine primäre Rhinitis diphtherica (im Gegensatz zur eigentlichen Rhinitis fibrinosa, bei der sich keine Diphtheriebacillen nachweisen lassen), so werden wir für die Praxis gut daran thun, jeden Fall dieser Erkrankung zu isoliren. Die Individuen selbst weisen freilich keine Zeichen diphtherischer Allgemeininfection auf; sie sind offenbar giftfest und die pathogenen Bacterien verhalten sich auf dem giftfesten Körper genau so wie unschädliche Saprophyten. Indess ist doch die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass von einer Rhinitis fibrinosa (diphtherica) aus eine typische Rachendiphtherie durch Ansteckung entstehen kann und dass bei der wochenlangen Dauer der Erkrankung die Träger des Contagiums eine Infectionsquelle für ihre Umgebung bilden können.

Literatur.

Abel, Centralblatt für Bakteriologie, Bd. XII, und Deutsche med. Wochenschrift, 1894, No. 35.
Abbot, The medical News, 1893, May 13.
Baginsky, Berliner klin. Wochenschrift, 1892, No. 9.
Brieger und Fränkel, Berliner klin. Wochenschrift, 1890, No. 11.
Concetti, Archivio ital. di Paediatria, 1892.
B. Fränkel, Berliner klin. Wochenschrift, 1892, No. 9.
Masucci, Arch. ital. di Paediatria, 1893.
Roux und Yersin, Annales de l'institut Pasteur, 1890.
Scheinmann, Deutsche med. Wochenschrift, 1894, No. 34.
Stamm, Archiv für Kinderheilkunde, Bd. XIV.
v. Starck, Berl. klin. Wochenschrift, 1892, No. 42.

Anmerkung bei der Correctur. Der Aufsatz war bereits abgeschickt, als Dr. Katz in einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Mannheim einen Fall typischer Rachendiphtherie mittheilte, der durch Ansteckung von Seiten eines mit ihm zusammenlebenden, an Rhinitis fibrinosa erkrankten Verwandten entstanden war. So weit ich weiss, ist in der Literatur bis jetzt kein ähnlicher Fall bekannt geworden.

Bericht der kgl. Universitäts-Poliklinik für Kinder-Krankheiten im Reisingerianum pro 1894.

Erstattet vom Vorstand Docent Dr. *C. Seitz.*

Die Jahresfrequenz der Kinderpoliklinik im Reisingerianum bezifferte sich auf 11000 kranke Kinder gegenüber 10417 im Vorjahre. 9096 Kinder wurden ambulant — 1904 in ihren Wohnungen behandelt. Von der genannten Gesammtziffer waren 5198 Knaben, 5802 Mädchen; 3338 Kinder standen im 1. Lebensjahr, 3944 im 2.—5. Lebensjahr, 2032 im 6.—10. Lebensjahr, 1686 im 11.—16. Lebensjahr. Der Zugang nach den einzelnen Monaten gestaltete sich, wie folgt: Januar 1180 (766)[1], Februar 801 (682), März 793 (802), April 873 (780), Mai 1021 (862), Juni 889 (902), Juli 1051 (971), August 1018 (1069), September 894 (803), October 808 (901), November 906 (980), December 766 (899).

Der durchschnittliche tägliche Zugang an neuen Patienten betrug 30 Kinder.

Bei der erwähnten Gesammtfrequenz von 11000 Kindern waren 352 Todesfälle zu verzeichnen. Von den gestorbenen Kindern standen 244 im 1. Lebensjahr (63 von diesen waren nur einmal dagewesen, bezw. moribund gebracht worden), 88 im 2.—6. Lebensjahr, 11 im 6.—10. Lebensjahr, 9 im 11.—16. Lebensjahr. — Es trafen auf Gastroenteritis 90 (99), Bronchopneumonie 63 (71), Tuberculose 50 (54), Cholera infantum 31 (39), Atrophie 22 (32), Eklampsie und Laryngospasmus 16 (12), Lues congenita 15 (7), Inertia vitae 9 (7), Bron-

[1]) Die in Klammern beigesetzten Ziffern bedeuten im Folgenden stets die entsprechende Ziffer des Vorjahres.

chitis capillaris 8 (10), Nephritis 8 (7). Pertussis 6 (1), Diphtherie 5 (15), Scarlatina 4 (0), Pneumonia fibrinosa 4 (4), Morbilli 3 (0), Endo- und Pericarditis 3 (4), Pleuritis 3 (1), Pseudoleukämie 3 (0), Meningitis spl. 2 (4), Erysipelas neonat. 2 (0), Peritonitis 2 (0) Todesfälle, auf Atelektasis pulmonum, Pyämie, Sklerödem je 1 Todesfall.

Die an den 11000 Kindern zur Beobachtung bezw. Behandlung gekommenen (ca. 16000) Krankheitsfälle waren — nach dem Reichsschema geordnet — folgende:

I. Entwicklungskrankheiten: Angeborene Lebensschwäche 16 (13), angeborene Missbildungen 19 (44), Atrophie der Kinder 104 (144), Menstruationsanomalien 4 (4).

II. Infections- und Allgemeine Krankheiten: Varicellen 136 (98), Scharlach 33 (86), Masern 195 (605), Parotitis ep. 5 (48), Erysipelas 7 (6), Diphtherie 65 (100), Keuchhusten 845 (78), Cholera infantum 140 (210), Influenza 29 (61), Polyarthritis 40 (33), Blutanomalien 89 (150), Pyämie 1 (2), Entozoën 124 (175), lat. Tuberculose 156, Scrophulosis 278 (238), Rachitis und Osteomalacie 1467 (1687), bösartige Neubildung 2, Gonorrhoe 4 (2), erworbene Syphilis 11 (2), angeborene Syphilis 97 (91).

III. Localisirte Krankheiten. A. Krankheiten des Nervensystems: Geisteskrankheiten 17 (20), Hirn- und Hirnhautentzündung 24 (38), andere Krankheiten des Gehirns 53 (32), Epilepsie 21 (20), Eklampsie 77 (121), Tetanie 4 (5), Chorea 4 (10), Rückenmarkskrankheiten 8 (10), andere Krankheiten des Nervensystems 97 (78).

B. Krankheiten der Ohren: Krankheiten des äusseren Ohres 97 (101), des inneren Ohres 121 (174).

C. Krankheiten der Augen: Contagiöse Augenkrankheiten 112 (105), andere Augenkrankheiten 207 (384).

D. Krankheiten der Athmungsorgane: Krankheiten der Nase und Adnexa 114 (160), Pseudocroup 5 (22), andere Kehlkopfkrankheiten 19 (54), acuter Bronchialkatarrh 2641 (2538), chronischer Bronchialkatarrh 81 (230), Lungenentzündung 430 (407), Brustfellentzündung 39 (35), Lungenblutung 2 (0), Emphysem 4 (5), Kropf 93 (88).

E. Krankheiten der Circulationsorgane: Herz- und Herzbeutelentzündung 16 (14), Klappenfehler und andere Herzkrankheiten 61 (73).

F. Krankheiten des Verdauungsapparates: Krankheiten der Zähne und Adnexa 1785 (1508), Stomatitis und Soor 534, Mandel- und Rachenentzündungen 499 (604), Krankheiten der Speiseröhre 2 (3), acuter Magendarmkatarrh 2190, chronischer Magendarmkatarrh 214, Magengeschwür 2 (1), habituelle Verstopfung 466 (478), Peritonitis und Perityphlitis 18 (12), Hernien (nicht eingeklemmte 181 (342), Krankheiten der Leber und ihrer Ausführungsgänge 35 (39), Krankheiten der Milz 29 (17).

G. Krankheiten des Urogenitalapparates: Nierenerkrankungen 43 (56), Krankheiten der Blase 16 (31), Orchitis 4 (3), Phimose 93 (68), Wasserbruch 41 (59), Krankheiten der Gebärmutter 1 (4), Krankheiten der Scheide 59 (43).

H. Krankheiten der äusseren Bedeckungen: Scabies 133 (90), acute Hautkrankheiten 323 (599), Zellgewebsentzündung 32 (79), Furunculose 79 (88), andere Krankheiten der äusseren Bedeckungen 530 (531).

I. Krankheiten der Bewegungsorgane: Krankheiten der Knochen und Knochenhaut 13 (56), Krankheiten der Gelenke 22 (44), Krankheiten der Muskeln und Sehnen 13 (18).

K. Mechanische Verletzungen: 211 (202),

Als Assistenzärzte fungirten die Herren DDr. Laue und Prechtl, daneben als Volontärärzte die Herren DDr. Grund, Jos. Meier und Schukall; allen diesen Herren sei auch an dieser Stelle der wärmste Dank ausgesprochen für ihre eifrige und pflichttreue Thätigkeit. Die Kinderpoliklinik hatte sich im Berichtsjahre der Genehmigung einer Etatserhöhung durch die höchste Stelle zu erfreuen, auch die Kreis- und städtischen Behörden bewilligten Zuschüsse, endlich wurden solche in nicht unerheblichem Maasse durch einzelne Wohlthäter geleistet, so dass auch die unentgeltliche Verabreichung der nöthigsten Medicamente wiederum möglich war. Allen, die in irgend einer Weise die Zwecke der Kinderpoliklinik im Reisingerianum gefördert haben, sei auch hier der wärmste Dank zum Ausdruck gebracht.

Referate und Bücheranzeigen.

O. Küstner: Berichte und Arbeiten aus der Universitäts-Frauenklinik zu Dorpat. Wiesbaden, Bergmann, 1894.

Küstner hat in einem stattlichen Bande von mehr als 900 Seiten eine Anzahl von Arbeiten seiner Schüler gesammelt, welche von diesen während seiner Thätigkeit in Dorpat ausgeführt worden sind. Wenn auch darunter nur eine kurze statistische Arbeit von Küstner selbst herrührt, ging doch die Anregung zu allen Untersuchungen von ihm aus; sie sind unter seiner Leitung entstanden, also in erster Reihe auch sein geistiges Eigenthum. Der Gesammteindruck, welchen das Lesen des Buches hinterlässt, ist der einer ebenso vielseitigen als fruchtbringenden Thätigkeit des Herausgebers, dessen Erfolge sich gleichzeitig auf den Wirkungskreis des Arztes, des Lehrers und des Forschers erstrecken. Die im Buche veröffentlichten Arbeiten bereichern nicht nur die Wissenschaft, sondern sie bieten auch eine Fülle werthvoller Anregungen; die sorgfältige, manchmal fast überreiche Literaturzusammenstellung wird den späteren Bearbeitern gleicher Gebiete besonders zu Statten kommen. Küstner hat sich mit diesem Buche ein glänzendes Denkmal seiner Thätigkeit in Dorpat geschaffen.

Ein Punkt muss hervorgehoben werden: Einzelne Arbeiten sind anscheinend vor Jahren abgeschlossen worden; daher kommt es zweifellos, dass z. B. in Holowko's Aufsatz die Arbeit Steffeck's über Selbstinfection, in der sorgfältigst von Clemenz zusammengestellten Literatur über den Placentar-Infarct die neueren Untersuchungen Waldeyer's sowie Hofmeier's und seiner Schüler fehlen. Ein gewisses Bedenken über diese „Spät-Veröffentlichung" kann nicht ganz unterdrückt werden.

Es ist leider nicht möglich, aus dem reichen Inhalte des Buches hier mehr als die wichtigsten Ergebnisse zu schildern.

Küstner's Buch enthält 12 Arbeiten geburtshilflichen und 7 Arbeiten gynäkologischen Inhaltes.

Redlich berichtet über die Ergebnisse der poliklinischen, Buchholz über jene der klinischen Geburtshilfe. Die erstere ergab eine Infections-Morbidität (Temp. über 38,2 Proc.) von 12,8 Proc., und eine Infections-Mortalität von 0,2 Proc., für die klinischen Geburten ergaben sich 3,8 bezw. 0,33 Proc. In der Poliklinik wurden nur bei vorliegender Indication, in der Klinik stets prophylaktische Scheidenspülungen gemacht; diese schliessen sich, wie Holowko berichtet, eng an Steffeck's Vorschriften an. Bidder kommt bei den Untersuchungen über alte Erstgebärende zu folgenden Schlüssen: In Dorpat kommen alte Primiparae häufiger als sonst irgendwo vor; Nierenerkrankungen und Eklampsie treten anscheinend häufiger bei alten als bei jungen Erstgebärenden auf; die Operationsfrequenz, besonders die Zangenanwendung ist häufiger, Dammrisse sind aber nicht häufiger, als bei Erstgebärenden überhaupt. — Bruttan stellt die Symptome sorgfältig zusammen, welche für Nabelschnurumschlingung sprechen, und zeigt, dass dieses Ereigniss in Dorpat auffallend häufig, nämlich einmal unter 3,5 Geburten vorkommt, und zwar häufiger bei Pluriparen; bei Primiparen wird dadurch erhöhte Mortalität der Kinder (11,2 gegen 6,2 Proc.) bedingt. — Erdberg schildert die Methoden der Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum und kommt zu dem Ergebniss, dass bei dem Credé'schen Verfahren (Einträuflung von 2 proc. Argent. nit.) unter 14870 aus der Litteratur zusammengestellten Fällen in 0,78 Proc. Blennorrhoe auftrat, während durch das Verfahren Kaltenbach's (prophylaktische Desinfection des mütterlichen Genitalschlauchs und Reinigung der Augen des Kindes mit destillirtem Wasser) bezw. durch Küstner's Modification (prophyl. Desinf. der Kreissenden, Reinigung der Lider des Kindes mit Watte, die in Jodtrichlorid 1:4000 getaucht ist) diese Zahl auf 0,43 Proc. herabgedrückt wurde — eine Thatsache, die entschieden zu Gunsten des letzten Verfahrens spricht, wenn sie bei Verwendung in gleich zahlreichen Fällen constant bleiben sollte. — Gerich fand durch Benützung des von Küstner angegebenen Verfahrens (Anlegung eines Lineals von aussen her vom Promont. zum oberen Symphysenrand und Messung des Neigungswinkels mit Pendel-Apparat), dass die Becken-Neigung bei Estin und Finnin geringer ist (40,8 bezw. 46,1^0) als z. B. bei deutschen Frauen (ca. 54^0). — Kupffer kommt auf Grund sorgfältiger Messung des Druckes und des Athmungsquantums bei künstlicher Respiration Neugeborener zu dem Ergebniss, dass die Schultze'schen Schwingungen in jeder Hinsicht das beste Verfahren darstellen. Kupffer hatte sich eines ebenso sinnreichen als einfachen Apparates zu diesen Untersuchungen bedient. — Maydell bringt neue Thatsachen für die Lehre bei, dass die Drehung des Hinterhaupts nach vorn nicht eine Folge der Drehung des Rückens ist. — Knüpffer bestätigt in einer überaus sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung der parauterinen Ganglien an 4 theils nichtgraviden, theils graviden, theils kreissenden Fledermäusen und bei einem neugeborenen Mädchen die bekannte Hypothese Keilmann's über die Ursachen des Geburtseintrittes, welche lautet: „Die Geburt muss eintreten, wenn die Cervix bis zu den in der Höhe der Scheiden-Insertion befindlichen grossen Ganglien erweitert ist, wodurch ein mechanischer Druck auf dieselben ausgeübt wird." Keilmann lässt das untere Segment aus der Cervix, nicht aus dem Corpus uteri entstehen. — Clemenz bringt einen erschöpfenden Litteraturbericht über den weissen Infarct und den weissen Deciduaring, jedoch — wie schon erwähnt — nur bis 1889; seine eigenen Untersuchungen gipfeln darin, dass die weissen Knoten theils durch Blutgerinnung (Thrombose), theils durch Decidua-Nekrose entstehen; hierüber und in der Frage, ob in den intervillösen Räumen mütterliches Blut circulire, liegen heute schon Arbeiten vor, durch welche die von Clemenz überholt wird. — Keilmann berichtet über vergleichend-anatomische Untersuchungen des Placentarbodens bei den deciduaten Thieren (Raubthieren,

Nagern, Fledermäusen): Die Ansatzstelle des Eies, also die Decidua serotina, liefert bei keiner Thiergruppe ausreichenden Boden für die Entwicklung der Placenta; die Dec. refl. kann für eine Zeit lang den alleinigen Placentarboden darstellen; die primäre Insertion der foetalen Gefässe ist für Anlage, Entwicklung und Wachsthum der Placenta von Bedeutung. Beim Menschen fällt nicht nur pathologisch (Entwicklung der Placenta praevia als Reflexa-Placenta nach Hofmeier), sondern auch normal in der Placenta-Entwicklung der Reflexa eine wesentliche Rolle zu. K.'s Arbeit ist geeignet, die Grundlage für weitere und wichtige Untersuchungen auf diesem umfangreichen Gebiete zu bilden.

Von Küstner stammt eine Statistik über seine gynäkologischen Operationen in Dorpat; einige Zahlen seien daraus hervorgehoben (die Zahl der Todesfälle ist in der Klammer angegeben): Totale, vaginale Uterus-Exstirpationen wegen Carcinom 17 (1), wegen Myom 6 (0), Laparomyomotomien 51 (14), Ovariotomien 87 (9). — Mickwitz berichtet über Art und Ursache der Stieltorsion bei Ovarialtumoren und bestätigt Küstner's Beobachtung, dass die rechtsseitigen Tumoren stets von links nach rechts, die linksseitigen umgekehrt gedreht sind; als Torsion wird erst eine Drehung um mindestens 180° angesehen; Ursachen können sowohl die Darmperistaltik als die Thätigkeit der Bauchmuskeln sein. — Kelterborn bringt ein kurzes Autoreferat seiner im Centralblatt für Gynäkologie (1890) veröffentlichten Arbeit über peritoneale Adhaesionen nach Laparotomien; die Adhaesionsbildung führt er meist auf Infection zurück, es sei also gegen Anwendung des Thermokauters nichts einzuwenden. — Engelhardt schildert die chirurgische Prolapsbehandlung, darunter besonders Küstner's Verfahren: Ventrofixatio uteri mit nachfolgender Kolporrhaphie. — Wichert beschreibt die Methoden und Erfolge der vaginalen Myomotomie, welche K. ohne Verwendung der Dauerklemmen ausführt. K. hatte unter 6 Operationen keinen Todesfall, während sich aus der Litteratur 59 Operationen mit 7 Todesfällen = 11,8 Proc. zusammenstellen liessen. — Schrenck bringt eine erstaunlich sorgfältige Sammlung der Litteratur über ektopische Gravidität; er gibt längere oder kürzere Auszüge von 486 Fällen auf 77 enggedruckten Seiten. Dazu kommen 8 von K. operirte und hier beschriebene Fälle; die Behandlung müsse in frühzeitiger Laparotomie und Exstirpation bestehen.

Gustav Klein-München.

Buschan: Die Basedow'sche Krankheit. Von der Berliner Hufelandischen Gesellschaft preisgekrönte Arbeit. 184 S. Deuticke, Wien, 1894.

Buschan entwickelt in seiner Monographie nach einem geschichtlichen Rückblick vor dem Leser ein sehr anschauliches Bild der gesammten Pathologie der Basedow'schen Krankheit. In dem der Symptomatologie gewidmeten Theile der Arbeit wird die Vielseitigkeit der Erscheinungen besprochen und schon darauf hingewiesen, dass die bekannte Trias — Exophthalmus, Struma, und Herzpalpitationen — für sich allein durchaus nicht das Krankheitsbild der Basedow'schen Krankheit bilden; zu diesen allerdings am meisten in die Augen fallenden Symptomen gesellen sich so viele andere krankhafte Veränderungen der Lebensfunctionen, dass wir nicht in Zweifel darüber sein können, dass der Basedow'schen Krankheit eine allgemeine Neurose, eine Krankheit des Centralnervensystems zu Grunde liegt. Aehnlich wie bei der Hysterie und Neurasthenie können functionelle Störungen in allen Organen auftreten und wenn diese auch in einem bestimmten Krankheitsstadium nicht immer gleichzeitig vorhanden sind, so lassen sie sich doch während des oft sehr protrahirten Krankheitsverlaufs, während der verschiedenen Stadien der Krankheit in mehr oder weniger grosser Häufigkeit nachweisen.

Verfasser unterzieht die vielen Theorien, welche über die Krankheit aufgestellt worden sind, einer eingehenden Kritik und kommt zum Schluss, dass keine der bisher vertretenen Theorien im Stande ist, das complicirte Krankheitsbild zu erklären, so dass er sich gezwungen sieht, einen neuen Erklärungsversuch zu geben.

Die regelmässige Entstehung der Basedow'schen Krankheit nach solchen Momenten, welche einen psychischen Shok auf den Menschen ausüben oder in anderer Weise erregend auf das Centralnervensystem wirken, führen in Verbindung mit dem Umstand, dass gerade die Symptome des Centralnervensystems fast bei allen Erkrankten eine vorwiegende Rolle spielen, den Verfasser zu der ohne Zweifel sehr berechtigten Anschauung, dass die Basedow'sche Krankheit central entsteht.

Die psychische Emotion überträgt sich von den sensitiv intellectuellen Zellen des Gehirns auf die motorischen Zellen des Bulbus und des Rückenmarks. Durch die im Bulbus entspringenden Nerven, den Vagus und Sympathicus, pflanzt sich der Nervenshok auf die Peripherie, also hauptsächlich auf das periphere Gefässnervensystem fort und erzeugt so die vielfachen Symptome der Krankheit.

Die Theorie des Verfassers hat gewiss etwas Bestechendes für sich; es wird natürlich schwer sein, zu erklären, warum sich nach einer psychischen Erregung bei einem Individuum das Bild der Hysterie oder der Neurasthenie, bei einem anderen das der Basedow'schen Krankheit entwickelt; aber es wird ebenso gut mit einer gewissen individuellen Prädisposition zu rechnen sein, wie bei der Entstehung anderer Neurosen aus gleichen Ursachen. Während z. B. der Schreck bei dem einen Menschen eine Hysterie, bei einem zweiten eine Neurasthenie zur Folge haben kann, wird bei einem dritten hiezu mehr disponirten Individuum eine Neurose des Gefässnervensystems resultiren.

In die Theorie des Verfassers passen diejenigen Fälle nicht, in welchen sich an eine primäre Erkrankung der Schilddrüse, an Erkrankungen der Nase, des Darms u. s. w. secundär Symptome der Basedow'schen Krankheit anschliessen; diese Fälle trennt Verfasser mit Gauthier als secundären oder Pseudo-Morbus-Basedowii von dem central bedingten gemeinen, primären oder idiopathischen Morbus Basedowii. Wenn man berücksichtigt, dass bei den durch Druck der Struma auf Sympathicus oder Vagus entstandenen Fällen zwar Exophthalmus und Tachykardie auftreten, die beim genuinen Morbus Basedowii ganz enorm gesteigerte Erregbarkeit des Centralnervensystems und ihre Folgen aber zu fehlen pflegen, so werden wir diese Unterscheidung des Verfassers wohl acceptiren können.

Die Prognose der Krankheit stellt Verfasser nicht so ungünstig hin, wie sie früher geschildert wurde, und hat er in dieser Beziehung wohl die meisten neueren Autoren auf seiner Seite.

Aus dem therapeutischen Theil der Arbeit sei nur erwähnt, dass sich Verfasser in Bezug auf die operative Behandlung auf einen weit skeptischeren Standpunkt stellt, als manche Chirurgen und nur für die symptomatische, secundäre Form eine Berechtigung der Schilddrüsenexstirpation zugesteht.

Allen, welche Interesse für die Lehre von der Basedow'schen Krankheit haben, kann die Lectüre des Buches, dessen Details sich ja hier nicht erschöpfen lassen, auf's Wärmste empfohlen werden. R. v. Hoesslin-Neuwittelsbach.

Neueste Journalliteratur.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 1.

1) Jolly: **Ueber Myasthenia gravis pseudoparalytica.** Bereits wiedergegeben in No. 50, 1894, S. 1022.

2) Kast-Breslau: **Zur Symptomatologie der „transcorticalen" Bewegungsstörungen.**

Bei einem an totaler linksseitiger Hemiplegie leidenden Kranken fanden sich eigenartige Störungen in den Bewegungen des Gesichts, der Kiefer und der Zunge, insofern als nicht nur ein linksseitiger, sondern ein völliger beiderseitiger Bewegungsmangel in diesen willkürlichen Bewegungen bestand: völlige Unfähigkeit auch auf der rechten Seite die Augen zu schliessen, die Zähne zu zeigen, die Stirn zu runzeln u. s. w.; ferner den Kiefer zu öffnen, die Zahnreihen aufeinander zu beissen, die Zunge zu bewegen. Wurde dem Kranken aber ein Stück Brod oder ein Trinkglas nahe gebracht, so öffnete sich der Mund und der Bissen wurde in der normalen Weise gekaut und in der Mundhöhle hin und her bewegt.

Diese Bewegungsstörung steht in Analogie zu der von Wernicke beschriebenen „transcorticalen motorischen Aphasie", bei der der willkürlich sprachlose Kranke laut nachzusprechen vermag. Es handelt sich in dem K.'schen Falle offenbar um eine durch Fernwirkung entstandene functionelle Schädigung der Gehirnrinde auch in der linken Hemisphäre.

3) Schmidt-Rimpler-Göttingen: **Trachom und Conjunctivitis folliculosa; ihre Behandlung mit der Rollpincette.**

Trachom und folliculäre Conjunctivitis sind trotz histologischer Aehnlichkeiten zwei ganz verschiedene Krankheiten, auch hinsichtlich der Behandlung, die bei der letzteren wesentlich einfacher ist wie bei dem Trachom. Unter den mechanischen Behandlungsmethoden des Trachoms hat sich am besten das Ausquetschen der Knötchen mit der Knapp'schen Rollpincette (einem nach dem Principe der

Waschrolle oder -Mangel construirten Instrument) bewährt. Durch die sich drehenden Walzen werden die Körner ausgerollt. Nach der Ausquetschung ist noch lange Zeit eine Behandlung der Conjunctivitis nothwendig.

4) P. Rosenberg-Berlin: **Eine neue Methode der allgemeinen Narkose.** (S. diese Wochenschrift 1894, No. 47 S. 937 und No. 49 S. 996. Kr.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895, No. 1.

1) A. Köhler: **Ueber die neueren Fortschritte in der chirurgischen Technik.**

Unter dem Schutz der Antiseptik hat man einige Zeit die Feinheit der Technik etwas vernachlässigt und erst die neuere Zeit hat sich wieder dieser und ihrer Vervollkommnung zugewendet. K. bespricht, unter steter Anführung der wichtigsten Literatur die Fortschritte auf diesem Gebiet und berührt dabei die diagnostischen Hilfsmittel, besonders auf dem Gebiete der Hirn- und Bauchchirurgie, die Narkosenfrage, wobei er die Worte Garrè's „nicht Aether oder Chloroform, sondern Aether und Chloroform“ zu den seinigen macht, die Empfehlungen zur Verhütung des Blutverlustes, Neuerungen in der Instrumentirung, Vorschläge und Verbesserungen in Bezug auf Schnittrichtung bei verschiedenen Operationen und die Wundnaht.

2) R. Kobert: **Ueber den jetzigen Stand der Frage nach den pharmakologischen Wirkungen des Kupfers.**

Kommt nach vollständigem Erscheinen des Artikels zur Besprechung.

3) E. v. Esmarch: **Die Durchführung der bakteriologischen Diagnose bei Diphtherie.**

Von dem Satz ausgehend, „wo ächte virulente Diphtheriebacillen bei einer Erkrankung gefunden werden, ist das Vorhandensein ächter Diphtherie anzunehmen“ betont E. die grossen Vortheile einer in frühester Zeit sichergestellten Diagnose und die Nothwendigkeit, in allen Fällen eine bakteriologische Untersuchung vorzunehmen. Da dies aber vom praktischen Arzt aus Gründen der Zeit und der Technik nicht besorgt werden kann, empfiehlt es sich, dass diese Untersuchungen von Centralstellen (bakteriologischen Instituten) in die Hand genommen werden, wie dies in New-York bereits durchgeführt ist. Der sich daran reihende Vorschlag E.'s ist kurz folgender: Jeder Arzt wird mit Papierpacketchen ausgerüstet, welche ein kleines feinstes Schwämmchen enthalten, alles natürlich steril. Mit dem Schwämmchen wird die verdächtige Schleimhautpartie vorsichtig abgewischt, das Schwämmchen in das Papierpacket zurückgebracht und sofort in Briefcouvert an die Centrale versandt. In 24 Stunden erhält der Absender die Antwort.

4) Ribbert: **Ueber die Entstehung der Geschwülste.**

Ueber die Arbeit wird nach deren Abschluss referirt.

5) Th. Rosenheim: **Ueber die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten.**

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin; siehe den Bericht in dieser Wochenschrift 1894, No. 44 über die Sitzung dieses Vereins vom 24. October 1894. Eisenhart-München.

Archiv für klinische Chirurgie. Band 49, Heft 3.

1) v. Gernet: **Zur Casuistik der Kropfenucleationen nach Socin.** (Aus der Zoege v. Manteuffel'schen Abtheilung in Dorpat.)

Bericht über 13 einschlägige Operationen. Trotz der oft sehr heftigen Blutungen empfiehlt Verfasser die Enucleation. Dieselbe ist leicht bei fötalen Adenomen, solitären colloiden Cysten und multiplen Mischformen, erschwert bei degenerirten Kropfknoten und starrwandigen Cysten.

2) v. Gernet: **Ein Beitrag zur Behandlung des Myxödems.** (Aus der Zoege v. Manteuffel'schen Abtheilung in Dorpat.)

Bei einer an schwerem Myxödem leidenden Patientin wurde zuerst mit vorübergehendem geringen Erfolg die Implantation einer Schafschilddrüse gemacht, später zur Fütterung von Schafschilddrüse geschritten und dadurch eine völlige Heilung herbeigeführt. Allerdings muss die Patientin in Pausen von $1^1/_2$ Wochen immer frische Thyreoidea zu sich nehmen.

Der Erfolg der Implantation würde vielleicht ein besserer gewesen sein, wenn man vorher durch Fütterung die schweren Erscheinungen zum Verschwinden gebracht hätte.

3) v. Gernet: **Ein Entero-Teratom.** (Aus der Zoege v. Manteuffel'schen Abtheilung in Dorpat.)

Der etwa wallnussgrosse, seit Geburt bestehende Tumor hatte als äussere Bekleidung Schleimhaut (tubulöse Drüsen nach Art der Lieberkühn'schen), die offene Vena umbilicalis trat in die Geschwulst ein. Verfasser erklärt mit Kolaczek und Ledderhose die Entstehung des Entero-Teratoms aus einem Schleimhautprolaps des Dottergangsrestes.

4) Sophie Gomberg-Bern: **Ueber die Belebungsversuche beim Chloroformtode.**

Kocher hatte in einem schweren Falle von Chloroformsynkope als letztes Rettungsmittel die Kochsalztransfusion versucht und den Kranken dem Tode entrissen. Die Verfasserin hat daraufhin an Thieren Untersuchungen angestellt, ob in Fällen von Chloroformtod die Transfusion von Nutzen sei. Das Ergebniss der Versuche in Bezug auf diesen Punkt ist ein zweifelhaftes.

Von Werth dagegen und übereinstimmend mit den Resultaten der Hyderabad-Chloroform-Commission ist der Umstand, dass in allen Versuchen mit Ausnahme von zwei unter der Chloroformwirkung Athmungsstillstand erfolgte bei noch schlagendem Herzen.

5) M. Schmidt-Cuxhaven: **Zum äusseren Stricturschnitt am Oesophagus.**

Bei einer völlig undurchgängigen Oesophagusstrictur in der Höhe des Ringknorpels hat Sch. zuerst unterhalb der Strictur eine Fistel zur Ernährung der Kranken angelegt und später, nachdem Patientin sich erholt hatte, unter Leitung einer stählernen Uterusdilatationssonde die Strictur gespalten. Nachbehandlung mit Oliven-Knopfsonden. Völlige Heilung.

In einem zweiten Falle würde Sch. die Operation in einer Sitzung ausführen.

6) Finotti: **Tod durch Fettembolie der Lungen nach Compressionsfracturen der unteren Extremitäten.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Innsbruck.)

Sprung aus einem Fenster des zweiten Stockes. Tod nach 24 Stunden. Compressionsfractur des oberen Gelenkendes der linken Tibia. Compressionsfracturen beider Tali (Bruch in 4 Stücke, am rechten das Spiegelbild des linken). Im Kniegelenk und in beiden Sprunggelenken schmierig-dunkles Blut, reichlich durchsetzt mit aus dem gequetschten Mark der Gelenkknochen ausgetretenem Fett. Die Capillaren und feinsten Arterien der Lungen strotzend mit Fett gefüllt. Ueber die anderen Organe enthält die aus dem Jahre 1881 stammende Krankengeschichte keine Angaben.

7) Berndt-Stralsund: **Zur Diagnose der Darmruptur.**

Verfasser macht an der Hand einer Krankengeschichte von Neuem auf ein schon früher von ihm beschriebenes Symptom bei Darmruptur aufmerksam: häufiges resp. unstillbares Erbrechen vornehmlich galliger Massen.

Die an dem Kranken bei schon vorhandener Sepsis vorgenommene Eröffnung der Bauchhöhle und Naht der Rissstelle vermochte den tödtlichen Ausgang nicht aufzuhalten.

8) Berndt-Stralsund: **Entfernung von Fremdkörpern aus dem Kehlkopf eines $1^3/_4$jährigen Kindes.**

3 Theile eines Wallnusskernes im Kehlkopf, 1 im unteren Kehlkopfraum, 2 unterhalb des Ringknorpels. Entfernung nach voraufgegangener Tracheotomie vermittelst Spaltung der Trachea und des Ringknorpels. Völlige Heilung.

9) Colley: **Ueber breitbasige Zottenpolypen der menschlichen Harnblase und deren Uebergang in maligne Neubildung.** (Aus der chirurgischen Klinik und dem pathologischen Institut zu Marburg.)

Zwei Tumoren der vorgenannten Art wurden von Verfasser genau mikroskopisch untersucht. Beide Tumoren liessen die allerersten Anfänge des Ueberganges zur Malignität erkennen: Epithelzellen in den Lymphspalten des bindegewebigen Stieles. Bei dem ersten Tumor waren diese Zellen nur schwer, bei dem anderen leicht nachzuweisen. Die ersten Anfänge der malignen Entartung sind zu suchen im stetigen gegenseitigen Wachsthum von Bindegewebe und Epithel.

Bei der Neigung des breitbasigen Zottenpolypen zu bösartiger Entartung muss derselbe sobald als möglich unter Leitung des Auges entfernt werden.

10) A. Köhler: **Beitrag zur Casuistik der Operationen an der Gallenblase.** (Aus der v. Bardeleben'schen Klinik.)

11) Galisch: **Struma accessoria baseos linguae.** (Aus dem Elisabeth-Krankenhause zu Berlin.)

Der höchst seltene Fall betraf ein 24jähriges Mädchen, dem schon 2 Jahre vorher von Rose ein Struma aberrans oberhalb des Zungenbeines exstirpirt war. Der jetzige Tumor sass an der Zungenbasis auf und vor der Epiglottis, war etwa kirschengross und hatte zu recht erheblichen Blutungen Veranlassung gegeben. Exstirpation vom Hals her vermittelst T-Schnittes oberhalb des Zungenbeines. Glatte Heilung.

Diese Struma accessoria muss als aus dem Ende des Ductus thyreo-glossus hervorgegangen angesehen werden.

12) Port: **Ein Fall von Chylothorax.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald.)

Die Verletzung des Ductus thoracicus war in der Weise zu Stande gekommen, dass der Körper des aus vollem Halse schreienden Patienten (Erhöhung des intrathoracischen Druckes) mit einem Ruck nach hinten zusammengebogen war. Der Chylothorax heilte nach der Entleerung des Exsudates mittelst Rippenresection ohne weitere Störung.

13) Zoege v. Manteuffel: **Die Ausbreitung des Kropfes in den Ostseeprovinzen.**

Die Strumen wachsen langsam, erreichen selten bedeutende Grösse; Cretinismus wurde 1mal, Myxödem 3—4mal beobachtet.

Krecke-München.

Centralblatt für Chirurgie. 1894. No. 49—52.

No. 49. Prof. Dr. Obaliński-Krakau: **Zur totalen Darmausschaltung.**

Mittheilung eines neuen erfolgreichen Falles im Anschluss an den in No. 27 von v. Baracz publicirten. Bei 24jährigem Mädchen

mit tuberculöser Erkrankung des Coecums wurde wegen Fisteleiterung das Coecum excidirt und da sich wegen Kürze des Mesenteriums und Peritonealverwachsungen die Lumina nicht vereinigen liessen, die totale Ausschaltung der rechten Flexur vorgenommen d. h. das Lumen des Colon transversum mit dem des Ileum vereinigt (3stündige Operation in Aethernarkose). O. erweitert hienach die Indication dieser Operation auch für die Fälle, wo nach der Darmresection die directe Vereinigung der Lumina angestrebt wird, diese jedoch wegen Adhärenzen etc. nicht genügend aneinandergepasst werden können (wie z. B. besonders bei den an den 4 Uebergangsstellen sitzenden Neubildungen); statt Exclusio intest. schlägt O. die Bezeichnung Eliminatio int. für die Darmausschaltung vor, da erstere nicht scharf von der Excisio zu trennen. Des Weiteren theilt O. einen Fall von partieller Darmausschaltung mit (wegen Anus praeternaturalis, der zu Enteroanastomosenbildung Anlass gab), doch nöthigte die lästige Schleimsecretion, obgleich Abgang des Kothes per Mastdarm erreicht war, noch zur Laparotomie und Exstirpation des ganzen ausgeschalteten Darmstückes.

Auf Grund seiner Mittheilungen betont O. die Berechtigung, beim Menschen jedes beliebige Darmstück total auszuschalten und zwar kann diese Ausschaltung sowohl gesunde als kranke Darmpartien betreffen; die totale Darmausschaltung scheint O. eine grössere Zukunft in der modernen Bauchchirurgie zu haben, als die partielle.

No. 50. Ferdinand Bähr-Hannover: **Bemerkungen zu den Unterschenkelfracturen im oberen Drittel.**

B. macht auf seine hauptsächlich an Unfallverletzten gemachten Erfahrungen betreffs häufig eintretender Innenrotation des Fusses, Genu recurvat. und Genu varum nach hohen Unterschenkelfracturen aufmerksam und hebt die diagnostischen Schwierigkeiten etc. hervor, wenn solche mit Verletzungen des Kniegelenks, Condylenbrüchen etc complicirt sind; der meist benützte Gypsverband verliert bei Zurückgehen der Schwellung rasch seine fixirende Bedeutung und ist jedenfalls mit einer ⊥schiene zu versehen, um den Fuss vor Umsinken nach innen zu bewahren und die so häufig bei Fractur des oberen Tibiaendes vorkommende Dislocatio ad peripheriam zu verhüten. Zur Nachbehandlung sind die gewöhnlich hier üblichen Schienen nicht zweckmässig und zur Verhinderung einer Deformität eine genügende Entlastung dadurch zu sichern, dass die Stützapparate bis an's Becken hinaufgehen.

No. 50 E. Gaupp: **Ueber einen Correctionsapparat für die Trapeziuslähmung.**

Mittheilung eines an einem Fall von beiderseitiger Trapeziuslähmung nach Halsdrüsenexstirpation erprobten orthopädischen Apparates, der aus Beckengurt mit Leistenpelotten und Schenkelriemen, mittlerer 3,5 cm breiter Rückenschiene, gegen die hinteren unteren Brustkorbpartien sich stützenden Thoraxpelotten und den vom oberen Ende der Rückenschiene vorn über die Schulter und Clavicula um die Axilla ziehenden, an den Thoraxpelotten einzuknüpfenden Schulterriemen besteht, welch letztere entsprechend angespannt den ganzen Schultergürtel nach hinten ziehen und hiedurch die sonst bei Trapeziuslähmung vorhandene Unfähigkeit der Seitwärtshebung des Armes aufheben, so dass der Patient mit dem Apparat rasch und ohne Schwierigkeit den Arm rein seitwärts bis zur Verticalen erheben kann.

No. 52. Willy Meyer: **Zu Zielewicz' Mittheilung „der Murphy'sche Anastomosis button"** in No. 43 des Centralblattes.

M. sucht nachzuweisen, dass die Z.-Einwände gegen den Murphy'schen Knopf unberechtigt sind, indem er glaubt, dass Z. einen nicht richtig construirten Knopf benutzte, M. betont speciell die Wichtigkeit des umgebogenen Randes des Knopfes und empfiehlt die von Geo Tiemann u. Comp. hergestellten silberplattirten Knöpfe, ferner hebt er speciell für die Endanastomosen mit Murphy's Knopf die Wichtigkeit des sogenannten Rücklaufstichs durch den Mesenterialansatz bei der Anlegung der Seidentabaksbeutelnaht hervor, wodurch mit Sicherheit Annäherung der beiden Peritonealblätter des Mesenterium bewirkt und somit ringsum Serosa in den Bereich der beiden Knopfhälften hineingezogen wird — er warnt dringend vor dem Gebrauch eines zu grossen Knopfes bei Endanastomosen an Dickdarm und Mastdarm, da ein den Darm seitlich zu stark spannender Knopf Gangrän bewirken kann (was sich in New-York in einigen Fällen als Ursache letalen Ausgangs ergab) und wird von Tiemann jetzt noch ein Knopf No. 5 für Colon und Rectum mit 28 mm Durchmesser und grösserem centralen Lumen hergestellt. Um Ileus durch Kothverstopfung des Knopfes zu verhüten, will M. bei Endanastomosen am Dick- und Mastdarm vom 3. Tag ab täglich wiederholte kleine Dosen eines milden Laxans geben, M. betont, dass der Murphy'sche Knopf es verdient, allseitig und unparteiisch geprüft zu werden.

No. 52. A. Plettner-Dresden: **Darmresection mit Verwendung des Murphy-Knopfes.**

Pl. hat mit bestem Erfolg bei einer 31jährigen Frau, die er wegen eines Herzfehlers nicht langer Narkose aussetzen wollte, den Murphy'schen Knopf nach einer Operation wegen stricturirenden Carcinoms des Colon ascendens benützt. Pl. räth, über den Knopf im ganzen Umfang des Darmes noch eine fortlaufende Lembert'sche Naht zu machen, was er besonders für nöthig hält, wenn bei der Tabaksbeutelnaht ein Schleimhautprolaps entsteht; in seinem Fall ging der Knopf nach 14 Tagen mit geformtem Stuhl ab. Schr.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, Nr. 1.

1) R. Olshausen: **Ueber Exstirpation der Vagina.**

Die Exstirpation eines grösseren Theiles der Vagina wird besonders nöthig bei primärem Carcinom derselben. Der Sitz des primären Scheidenkrebses ist meist die hintere Wand, in 18 Fällen der Berliner Klinik war sie es 13 mal; die Prognose, auch der operirten Fälle, ist schlecht: von 16 Operirten bekamen 15 ein Recidiv! Ein Theil dieser Recidive ist vielleicht auf die bisherige Operationsmethode (Impfrecidive) zurückzuführen; es ist schon deshalb wünschenswerth, dieselbe zu verbessern. O. hat nun in der letzten Zeit den Weg vom Damm aus beschritten: nach querer Spaltung desselben arbeitet man sich zwischen Rectum und hinterer Vaginalwand in die Höhe und zwar bei localisirtem Scheiden-Carcinom bis über die erkrankte Stelle, bei Carcinom des Uterus und der Scheide bis zum Douglas; dann stellt man durch Durchtrennung des Scheidengewölbes oder des Douglas die Communication der künstlich geschaffenen Höhle mit dem Scheidenlumen bezw. der Bauchhöhle her und vollendet sodann die Exstirpation der erkrankten, von ihrer Unterlage, ihrem Boden bereits abgelösten Theile. Die Vortheile liegen darin, dass man Raum gewinnt, den erkrankten Theil der Scheide sicherer und exacter umschneiden kann, und ganz besonders darin, dass man mit dem Carcinom erst in Berührung kommt, wenn ein grosser und wichtiger Theil der Operation schon vollendet ist. — O. hat bis jetzt in drei Fällen nach dieser Methode operirt, bei zweien trat Recidiv ein, einer ist erst kurz entlassen. Merkwürdig ist, dass sich auch bei Ablösung sehr grosser Stücke (mehr als 3/4 der ganzen Scheide) die wiederhergestellte Vagina vollständig glatt und normal anfühlt.

2) M. Walthard-Bern: **Experimenteller Beitrag zur Frage der Stumpfbehandlung der Myomohysterektomie.**

Im Verfolg der, aus den vorjährigen Referaten des Centralblattes bekannten Debatte über die Behandlung des Stumpfes nach Myomohysterektomie stellte W. Versuche an Kaninchen an, theils die Methode des abgeschnürten, nicht ernährten Stumpfes, theils jene des ernährten Stumpfes (Schröder) ausführend. Die Beobachtungen führten zu dem Schluss, dass die Asepsis des abgeschnürten Cervixstumpfes auch nach der Operation als gesichert zu betrachten ist, vorausgesetzt, dass sie während der Operation gewahrt wurde. Es fallen damit die theoretischen Bedenken gegen die einfache Versorgung des Cervixstumpfes nach dem Typus der Ovarialstümpfe fort.

3) M. Gräfe-Halle a/S.: **Zwei Fälle von Ovarialfibrom.**

In G.'s Beobachtungen betrafen diese relativ seltenen Eierstockgeschwülste eine 54jähr. und eine 72jähr. Patientin, während sie in der Regel mehr dem jugendlichen Alter zukommen. Bei der ersteren bestanden Metrorrhagien nach dem Menstruationstypus bis zur Operation; von da an cessirten sie; es handelte sich wohl um einen durch die Neubildung, ähnlich wie durch Stumpfexudate nach Castration unterhaltenen Reiz. Bei der zweiten Patientin bestand mässiger Ascites, eine bei solchen Tumoren schon wiederholt beobachtete Erscheinung; derselbe ist sicher nicht entzündlicher Natur, sondern Folge der mechanischen Reizung der Serosa durch den harten Tumor. Die an sich gutartigen Geschwülste indiciren die Operation schon wegen der verschiedenen örtlichen und allgemeinen Störungen, welche sie hervorrufen.

Eisenhart-München.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 26. Band. 3. Heft. Berlin, A. Hirschwald.

1) F. Jolly: **Ueber einen Fall von Gliom im dorsalen Abschnitt des Pons und der Medulla oblongata.** (Mit Abbildungen.)

Das Gliom hatte sich bei einem jungen Mädchen im Verlauf von 2 Jahren langsam entwickelt und die Kernlager und Nervenbahnen der angegebenen Gegend grossentheils zerstört. Die Erkrankung begann mit linksseitiger Facialislähmung, Schwindel, Erbrechen, Schlingstörung, dann Augen- und Kaumuskellähmungen, sowie Sensibilitätsstörungen im Gesicht und den Extremitäten. Stauungspapille fehlte.

2) A. Böttiger: **Beitrag zur Lehre von den luetischen Rückenmarkserkrankungen.** (Psych. Klinik, Halle.) (Mit Abbildungen.)

Eine wahrscheinlich gummöse, auf die Nervensubstanz übergreifende Meningitis des Rückenmarkes und Hirnstammes hatte bei einem 8jährigen Mädchen zu mannigfaltigen nervösen Störungen geführt (Hirndruckerscheinungen, epileptiforme Anfälle, Augenmuskellähmung, spastische Extremitätenlähmung etc.) Dauer ca. 1 Jahr.

3) G. Werdnig-Graz: **Die frühinfantile progressive spinale Amyotrophie.** (Mit Abbildungen.)

Mittheilung zweier Fälle, die Zwischenformen zwischen der spinalen Muskelatrophie und der rein myopathischen Dystrophie bilden. Mit der ersten haben sie die Erkrankung der Vorderhornzellen, mit der zweiten den klinischen Beginn gemeinsam, also zuerst Atrophie der Rückenmuskeln (mit Lipomatose), der Becken- und schliesslich Extremitätenmuskeln. Die Erkrankung begann im ersten Lebensjahr, sie tritt familiär auf.

4) M. Weil: **Ein Fall von Tabes incipiens.** (Psych. Klinik, Strassburg.) (Abbildungen.)

5) A. Westphal: **Ueber multiple Sarkomatose des Gehirns und der Rückenmarkshäute.** (Psych. Klinik Berlin.) (Abbildungen.)

Die Erkrankung begann bei einem 15 jähr. Mädchen mit Hirndruckerscheinungen, Intelligenzstörung, epileptiformen Anfällen, Augenmuskellähmung etc. Dauer 2 Monate.

6) v. Bechterew: **Unaufhaltsames Lachen und Weinen bei Hirnaffectionen.** (St. Petersburg.)

Das Symptom bestand bei zwei Hemiplegikern mit Rindenherden. B. vermuthet, dass durch den Rindenherd der hemmende Einfluss der Rinde auf die im Thalamus anzunehmenden Centren für die Affectbewegungen aufgehoben war.

7) M. Lapinsky: **Ueber den normalen Bau und pathologische Veränderungen der feinsten Gehirncapillaren.** (Psych. Klinik, Berlin.) (Abbildungen.)

8) L. Laquer: **Ueber Hirnerscheinungen bei heftigen Schmerzanfällen.** (Frankfurt a/M.)

Die „Hirnerscheinungen“ bestanden in vorübergehender Verwirrtheit und halluc. Delirien, ausgelöst durch heftige Neuralgien.

9) J. Althaus: **Beiträge zur Aetiologie der Encephalasthenie.** (London.)

Der Verfasser verbreitet sich ausführlich über die bekannten Ursachen der Neurasthenie.

10) L. Finkelstein: **Ueber optische Phänomene bei elektrischer Reizung des Sehapparats.** (St. Petersburg.)

Chr. Jakob-Bamberg.

Otiatrie.

Von Ostmann-Königsberg: **Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs bei den verschiedenen Völkerrassen.** (Monatsschrift f. Ohrenh. u. s. w. 1894, No. 8, 9 und 10).

Der Verfasser kommt auf Grund der Untersuchung von 2633 Schädeln der verschiedensten Völkerrassen, bei denen er 16 mal Exostosen fand, und auf Grund der bisher vorliegenden Literatur zu dem Schluss, dass „vor Allem bei der amerikanischen Rasse, demnächst bei den Ozeaniern Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs ungleich viel häufiger vorzukommen scheinen, als bei den afrikanischen Negern, den Asiaten und Europäern“. Die schon früher bekannte und durch Ostmann's Untersuchungen bestätigte Thatsache, dass speciell die Schädel alter Peruaner auffallend häufig Gehörgangsexostosen aufweisen, erklärt er aus dem besonderen Zusammenwirken zweier Momente, einerseits der bei denselben gebräuchlichen eigenartigen künstlichen Deformirung des Schädels und damit des äusseren Gehörgangs vor dessen vollendeter Entwicklung und andererseits einer gegebenen Neigung zu excessivem Knochenwachsthum, wie sie durch die Exostosis multiplex zu Tage tritt. Bei der Durchmusterung der verschiedenen Rassenschädel machte O. ferner die Beobachtung, dass die Form des Gehörgangslumens im Grossen und Ganzen abhängig ist von der Schädelform, und dass im Allgemeinen zu dem dolichocephalen Schädel der mehr kreisrunde, zu dem brachycephalen der mehr länglichovale Gehörgang gehört.

Paul Schubert-Nürnberg: **Zur Casuistik schwerer Complicationen der Otitis.** (Ibidem No. 11).

I. Fall von Hirnabscess nach einer verhältnissmässig leicht verlaufenen acuten Mittelohreiterung. Operation. Tod an einem zweiten Hirnabscess. Schubert spricht auf Grund des mitgetheilten und einiger anderer Fälle die Vermuthung aus, dass das Vorkommen eines zweiten Abscesses keineswegs so selten sei, als Körner's Statistik ergibt.

II. Sinusphlebitis bei acuter Mittelohreiterung. Incision des Sinus transversus und Auskratzung ohne Unterbindung der Jugularis. Heilung. (Warum aber die Radical-Operation mit Wegnahme der hinteren Gehörgangswand und der Gehörknöchelchen, da es sich doch um acute Eiterung handelte? Ref.)

III. Otitische Pyämie ohne Sinusphlebitis. Verfasser nimmt auf Grund eines genau beschriebenen und zweier kurz erwähnter günstig verlaufener Fälle an, dass die osteophlebitische Pyämie Körner's öfter vorkommt, als man jetzt annimmt. Da eine Betheiligung des Sinus nur durch die Obduction sich mit Sicherheit ausschliessen lässt, möchte Ref. einen mit Prof. Bezold beobachteten Fall von Cholesteatom anführen, der ohne Erkrankung der Sinus und der Ingularis durch septische Endocarditis zum Tode führte.

Hermann Knapp-New-York: **Ein Fall von erfolgreich operirtem otitischem Gehirnabscess.** (Zeitschrift f. Ohrenh. 26. Band. I. Heft).

Chronische Otorrhoe, Kopfweh, Fieber, Stauungspapille, homogene Hemianopsie, radicale Tympano-mastoid-Operation, Schädeltrepanation, Entleerung eines Abscesses im Schläfenlappen, Gehirnhernie, Entleerung von zwei weiteren Abscessen, Zurücktreten der Hernie. Vollständige Genesung.

Leopold Stern-Metz: **Beiträge zur bakteriologischen Kenntniss der Otitis media purulenta chronica.** (Aus dem otiatr. Ambulatorium und dem bakteriologischen Laboratorium des hyg. Instituts zu München.) Ibidem.

Stern untersuchte auf Anregung Bezold's eine grössere Reihe chronischer Mittelohreiterungen und fand ebensowenig wie seine Vorgänger eine einzige oder einige wenige bestimmte Bakterienarten als charakteristisch für die chronische Mittelohreiterung. Bei acutem Recidiv einer chronischen Eiterung ergab sich theilweise derselbe Befund einer Reincultur eines pyogenen Organismus wie bei der acuten Eiterung. Nur charakterisirt sich das Secret bei ersterem durch schnelleres Auftreten von Saprophyten. Wenn das Secret fötid war, enthielt es constant, wenn es geruchlos war, zuweilen Stäbchen. Schleimige Absonderung zeigt im Ohr ebenso wie in der Nase einen gewissen Schutz gegen die Zersetzung durch saprophytische Organismen. Die durch den Tuberkelbacillus charakterisirte Mittelohreiterung verhält sich betr. der secundär sich ansiedelnden Bakterienarten nicht anders als die gewöhnliche Otitis med. pur. chronica. Wo die anatomischen Verhältnisse gestatten, die erkrankten Räume aseptisch zu machen, da ist es mit der Thätigkeit der Saprophyten und auch mit dem Dasein der pyogenen Organismen bald zu Ende.

A. Scheibe München: **Ein Beitrag zur Diagnose und Behandlung der Cholesteatombildung bei Otitis media purulenta chronica.** (Ibidem.)

Die Diagnose wird nur derjenige sicher stellen, welcher das Paukenröhrchen in den einschlägigen Fällen regelmässig anwendet. Ein weiterer sehr wichtiger Anhaltspunkt für die Diagnose ist die Lage und Beschaffenheit der Trommelfellperforation. Das Hinüberwachsen der Epidermis aus dem äusseren in das mittlere Ohr — nach Bezold und Habermann die Grundlage der Cholesteatombildung — kann nur dann stattfinden, wenn das Trommelfell bis zum Margo tympanicus zerstört ist oder eine Brückenbildung zwischen ersterem und dem Mittelohr besteht. Verfasser bestätigt diesen Satz Bezold's auf Grund seiner ziffernmässig mitgetheilten Erfahrungen am Lebenden und an einer Reihe von Sectionsbefunden und erörtert die Bedingungen, unter denen ausnahmsweise die Bildung von Cholesteatom ausbleiben kann. Die Behandlung ist folgende: Bestehen dringende Symptome, so wird sofort die Aufmeisselung des Warzentheiles in Verbindung mit der Resection der hinteren Gehörgangswand gemacht. Steht beim Fehlen ernster Erscheinungen die Wahl der Behandlungsmethode frei, so wird regelmässig die directe Injection und Insufflation mit dem Paukenröhrchen angewandt. Ist der Zugang zu den oberen Mittelohrräumen zu eng, so wird der Hammer extrahirt. Das hartnäckige Anhalten des Foetors unter fortgesetzter Behandlung indicirt die oben erwähnte Radicaloperation, auch wenn schwere sonstige Complicationen fehlen. Eine zeitweise Controle erscheint für alle Cholesteatomkranke, auch die operativ behandelten, nothwendig. Als Resultat ergab sich Heilung in mehr als der Hälfte der 45 Fälle. Bei fast allen ungeheilten Fällen wurde ebenfalls vorläufig ein Zustand erreicht, der, so lange die Behandlung dauert, keine Lebensgefahr bietet.

Haug-München: **Eine einfache neue plastische Methode zur Rücklagerung hochgradig abstehender Ohrmuscheln.** (Aus der Ohrenabtheilung der kgl. chir. Universitäts-Poliklinik.) Deutsche med. Wochenschrift 1894, No. 40.

Die Methode besteht darin, dass in der hinteren Ansatzlinie der Muschel ein halbmondförmiges Stück Haut excidirt und von der angrenzenden Haut der Muschelrückfläche ein ebenso geformtes etwas kleineres Stück von dem unterliegenden Gewebe als Lappen abpräparirt wird, welcher mit seinem freien Rande an die Wundfläche grenzt und mit dem hinteren Rand derselben vernäht wird. Bei stärkerer Vorwärtsbiegung des Muschelknorpels wird derselbe nach vorherigen Incisionen fracturirt. In einem Falle wurden zwei gleichgrosse Hautstücke an der Muschelrückfläche und am Warzentheil excidirt und eine Verwachsung der beiden Wundflächen durch Compressionsverband erzielt.

Schwabach-Berlin: **Ueber den diagnostischen Werth der Stimmgabelprüfungen auf Grund einer Beobachtung von Tumor der Schädelbasis.** (Berliner klin. Wochenschrift 1894, No. 43.)

Ueber den diagnostischen Werth der Stimmgabelprüfungen geben am sichersten Fälle Aufschluss, welche sowohl im Leben als auch nach dem Tode genau untersucht sind. Schwabach fügt den bisher bekannten Fällen einen neuen eingehend untersuchten hinzu. Trotzdem die functionelle Untersuchung des in Betracht kommenden Ohres durch eine abgelaufene Mittelohreiterung der anderen Seite erschwert war, konnte Verfasser auf Grund der Stimmgabeluntersuchungen, bei denen nur die wichtige Feststellung der unteren Tongrenze vermisst wird, eine Affection des Schallleitungs-Apparates diagnosticiren. Die Section und histologische Untersuchung bestätigte diese Annahme. Der Tumor, welcher eine grosse Anzahl der Hirnnerven ergriffen hatte, liess den Hörnerven und die Schnecke unberührt, hatte dagegen die Schallleitungskette ergriffen. Verfasser betont zum Schluss, dass keines der in Betracht kommenden Prüfungsmittel für sich allein ausschlaggebend für die Diagnose des Sitzes der Gehörstörung ist, dass aber die Congruenz der Ergebnisse der Stimmgabelprüfung wohl geeignet ist, uns auf den rechten Weg zu leiten.

Schwartz-Gleiwitz: **Die Erwerbsverminderung, welche durch Verletzung der Gehörorgane herbeigeführt ist, im Sinne des Unfallgesetzes.** (Internat. klin. Rundschau 1894, No. 46 und 47.)

Nachdem Verfasser die allgemeinen Punkte erörtert hat, welche bei Begutachtung des Grades der Erwerbsunfähigkeit in Betracht kommen, wobei der Begriff der Erwerbsunfähigkeit genauer definirt wird, spricht er sich dafür aus, dass bei Verletzungen des Gehörorgans drei Punkte zu berücksichtigen und getrennt abzuschätzen seien: 1) die Herabsetzung der Hörweite an und für sich; 2) die Be-

einträchtigung des binauralen Hörens, besonders der Bestimmung der Schallrichtung und 3) die Gleichgewichtsstörungen und subjectiven Beschwerden.

ad 1) Bei doppelseitiger totaler Taubheit schätzt er den Verlust der Erwerbsfähigkeit auf 33⅓%, wobei er anscheinend nur auf die Massenarbeiter Rücksicht nimmt. Bei einer Hörweite für Conversationssprache auf 1 Meter spricht er sich für 25% aus, bei 5 Meter (kleiner Arbeitsraum) 22%, 10 Meter 11%, 20 Meter (grosser Arbeitsraum) 5%. ad 2) Bei Unvermögen die Schallquelle richtig zu localisiren schätzt er den Verlust an Erwerbsfähigkeit bis zu 33⅓%. Schwartz nimmt an, dass dieses Unvermögen eintritt, wenn auf einem Ohr Flüstersprache nicht mehr gehört wird. ad 3) Bei hochgradiger Gleichgewichtsstörung bewilligt er ebenfalls bis zu 33⅓%, bei Durchlöcherung des Trommelfells höchstens 11%. Verfasser, der im Allgemeinen nur die Verhältnisse bei den Massenarbeitern berücksichtigt, hebt mit Recht hervor, dass man in jedem Fall individualisiren soll.

E. Herczel-Budapest: **Ueber die operative Behandlung der Thrombose des Sinus transversus und der Vena jugularis.** (Wiener med. Wochenschrift 1894, No. 47 und 48.)

Chronische Mittelohreiterung. Anfangs nach Aufmeisselung des Warzentheils nur Eröffnung des Sinus, später Eröffnung und Ausräumung auch der Jugularis. Heilung.

Josef Pollak-Wien: **Beitrag zur Lehre vom otitischen Hirnabscess.** (Wiener med. Presse 1894, No. 49.)

Mittheilung eines Falles von chronischer Mittelohreiterung mit subperiostalem Abscess. Nachdem das Antrum mastoideum operativ eröffnet war, undeutliche und 3 Wochen später plötzlich deutliche Cerebralerscheinungen, die auf einen Abscess im Schläfenlappen hindeuteten. Noch ehe die geplante Eröffnung desselben ausgeführt wurde, plötzlich spontaner Durchbruch nach aussen. Ausspülungen, Drainage. Heilung. Bisher sind nur 5 Fälle von Spontandurchbruch bekannt, die indess nicht zur Heilung führten. Dr. Scheibe-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 9. Januar 1895.

Neuwahl der Vorstandschaft, welche durchgängig wiedergewählt wurde.

Herr **Casper** demonstrirt einen von ihm construirten **Ureterenkatheter.**

Herr **Silex** stellt eine Frau vor, welche durch Lues der Augenlider verlustig gegangen war und welcher er durch Plastik dieselben wiedergebildet hatte.

Discussion über die **neue Narkotisirungsmethode** des Herrn **Rosenberg.**

Herr Guttmann: Redner fand dieselbe in 12 Fällen sehr gut.

Herr Dührssen: Redner versuchte dieselbe in 18 Fällen, zum Theil leitete Herr Rosenberg selbst die Narkose. Die Vorzüge der Methode glaubt er nicht der vorherigen Cocainisirung der Nase, sondern der guten Maske und der Tropfmethode zuschreiben zu sollen. Im Vergleich zum Aether zieht er die Rosenberg'sche Methode vor. Bei dieser Gelegenheit berichtet er über seine Erfahrungen mit dem Aether und bestätigt die üblen Nachwirkungen desselben. Er sah in 150 Fällen 3 mal schwere Pneumonien folgen, ausserdem 2 Todesfälle, welche jedoch nicht sicher auf Rechnung des Aethers zu setzen sind.

Herr Liebreich: Gewisse Dinge liessen sich bei Narkosen überhaupt nicht vermeiden, z. B. die Excitation bei Potatoren. Die Tropfmethode sei bei solchen auch gar nicht durchführbar.

Was das Herz bei der Chloroformnarkose anlangt, so seien die ersten bedrohlichen Erscheinungen von Seiten desselben durch die Rosenberg'sche Methode, wie dessen exacte Versuche beweisen, mit Sicherheit zu vermeiden, aber nicht die späteren Schädigungen des Herzens. Hiezu empfehle er, wie schon vor 10 Jahren, das Aethylenchlorid.

Herr Rotter: Bei durchschnittlich 800 Narkosen pro Jahr hat R. noch keinen Todesfall erlebt, bei Chloroform erlebt, bei Aether dagegen in jetzt etwa ¾ Jahr schon 2 Fälle, und zwar ohne dass irgend welche besondere Umstände vorgelegen hätten. Der Tod erfolgte in Folge von Lungenentzündung 2—3 Tage nach der Operation. Ausserdem sah er noch recht häufig leichtere Pneumonien und Bronchialkatarrhe. R. ist wieder zum Chloroform zurückgekehrt.

Herr Landau: Seit 4 Jahren benützte L. zu ca. 2000 Narkosen den Aether, ohne jemals einen Unglücksfall erlebt zu haben. Es gehöre zu einer guten Aethernarkose: reines Präparat, gute Maske und ein ausgezeichnet geübter Narcotiseur. Er sah auch Bronchitiden und Pneumonien, welche stets dann zunahmen, wenn ein neuer Volontär oder Assistent die Narkosen übernahm. Die Maske dürfe das Gesicht nicht ganz bedecken. Der Speichel ist sorgfältig und beständig aus dem Munde zu entfernen. Die von König aufgestellte Einschränkung des Aethergebrauchs bei Bauchoperationen kann L. nicht bestätigen.

Herr Karewsky berichtet über einen Todesfall bei Aethernarkose.

Schlusswort Herr Rosenberg.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 7. Januar 1895.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **Oesterreich** das Präparat eines primären Trachealcarcinoms, Herr **Maas** dasjenige eines ausgedehnten Magencarcinoms bei einem 18jährigen jungen Manne.

Discussion über den Vortrag des Herrn Litten über Peliosis gonorrhoica. Litten, Lewin.

Herr **Gutzmann: Ueber organische Veränderungen des Nasenrachenraumes beim Stottern.**

Bei etwa 30 Proc. der Stotterer findet man ein hohes, keilförmig verengtes Gaumensegel, in etwa ebenso viel Fällen adenoide Vegetationen. Operative Beseitigung der pathologischen Veränderung bessert oft das Stottern. Doch muss damit eine methodische Sprachübung verbunden sein.

Herr **Eulenburg** bittet um Unterstützung der Sammelforschung über die Behandlung der Diphtherie mittelst Heilserums.

Discussion.

Verein Freiburger Aerzte.

(Officielles Protokoll.)

v. Kahlden: Ueber Ureteritis cystica. (Vorgetragen am 28. December 1894.)

Die Ansichten über die Entstehung dieser im Ganzen selten zur Beobachtung kommenden Affection sind sehr verschiedene. Zum Theil hat man die Cysten entstehen lassen aus den präformirten Drüsen und Krypten der Ureterschleimhaut, von denen es aber immer noch sehr zweifelhaft ist, ob sie constant vorkommen. Andere haben an Erweichung zellig infiltrirter Partien der Schleimhaut gedacht. In neuerer Zeit ist dann der Versuch gemacht worden, diese Cysten von den v. Brunn'schen Epithelnestern abzuleiten. Es ist jedoch zu bemerken, dass diese Epithelnester, auch wenn man sie als eine regelmässig vorkommende Bildung ansehen will, sich doch jedenfalls nur in den oberen Theilen des Ureters finden, während die Cysten auch in den unteren Theilen und in der Blase vorkommen. Die letzte Ansicht geht endlich dahin, dass die Cysten parasitärer Natur seien, ohne dass jedoch die bisher mitgetheilten Befunde sehr beweiskräftig wären. In dem ersten Falle, den der Vortragende zu untersuchen Gelegenheit hatte, handelte es sich um eine 66 Jahre alte Frau, bei welcher die Obduction chronische Cystitis, interstitielle Nephritis und frische, fibrinös-eitrige Pleuritis ergab. Der rechte Ureter war sowohl in seinen oberen wie in seinen unteren Partien von einer ziemlichen Anzahl von Cystchen besetzt, die mit wasserhellem oder leicht gelblichem Inhalt gefüllt waren. Bei der mikroskopischen Untersuchung fielen in dem Inhalt dieser Cysten zunächst eigenthümliche Gebilde auf, die sich mit Eosin in äusserst charakteristischer Weise intensiv roth färbten. Ein Theil derselben war mit einer hyalinen, membranartigen Hülle umgeben, ein anderer Theil entbehrte einer solchen Umhüllung, und eine dritte Gruppe war charakterisirt durch äusserst complicirte Verzweigungen. Diese Körper nahmen bei einer Vergrösserung von 200 ein ganzes Gesichtsfeld ein, und von da fanden sich alle Uebergänge bis zu ganz kleinen Körperchen, die etwa die Grösse eines rothen Blutkörperchens besassen. Diese kleinsten Körperchen waren ganz homogen; sobald die Körper etwa die zehnfache Grösse eines rothen Blutkörperchen erreicht hatten, trat in ihrem Centrum ein äusserst charakteristisches, goldgelbes Pigment auf, welches dann allen grösseren Formen gemeinsam war. Ausser diesem Pigment schlossen

die grösseren Körper auch noch durch Hämatoxylin dunkelblau gefärbte Kerne ein und abgeblasste Gebilde, die wie untergehende Kerne aussahen. Schliesslich fielen im Innern auch noch dunkelblau gefärbte ovale Gebilde auf, die mit einer ganz ähnlichen rothen Kapsel umgeben waren, wie die rothen Körper selbst. An der Hand von Abbildungen und von mikroskopischen Präparaten werden diese Verhältnisse erläutert. Der Vortragende hält die hier beschriebenen Gebilde für Parasiten und macht namentlich auf die Aehnlichkeit aufmerksam, welche dieselben mit der in der Harnblase des Hechtes lebenden Myxosporidie haben. Der Einschluss von goldgelbem oder braunem Pigment ist vielen Rhizopoden und Psorospermien eigenthümlich.

In einem zweiten Falle war der Befund ein etwas anderer. Hier hatte sich bei einem 67 Jahre alten Manne zu einem primären Carcinom der Harnblase eine Cystitis hinzugesellt und ausserdem ergab die Section in beiden Ureteren sowohl oben wie unten eine grosse Anzahl von Cysten. Mikroskopisch fanden sich hier als Inhalt in den Cysten ebenfalls wieder grosse, mit Eosin intensiv roth gefärbte Körper; kleine rothe Körper und Uebergänge zu solchen fehlten indessen. Auch hatten die Körper keine kolbigen und pseudopodienartigen Auswüchse, und ebenso fehlte ihnen das im ersten Falle so charakteristische Pigment. Kernartige Gebilde waren in ihrem Inneren weniger deutlich ausgesprochen, dagegen schlossen sie eigenthümliche, lanzettförmige Körper in grosser Zahl ein, die schon durch ihre Gestalt, mehr aber noch durch ihre regelmässige Lage in einem kapselartigen Hohlraum und weiterhin dadurch ausgezeichnet waren, dass sie ein central gelegenes vacuolenartiges Gebilde enthielten.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 8. Januar 1895.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr F. Krause-Altona zeigt einen Mann mit einer nach Fractur zurückgebliebenen Pseudarthrose am rechten Oberarm. Merkwürdig an dem Fall ist die gute Functionsfähigkeit des Armes.

Patient erwarb seine Verletzung in einer Transmissionsmaschine vor 10 Jahren. Die nach der Fractur zurückbleibende Pseudarthrose wurde in Kiel zweimal erfolglos operirt. Jetzt hat Pat. gelernt, seinen Arm so gut zu gebrauchen, dass eine erneute Operation nicht mehr anzurathen ist. Die Muskulatur des Arms ist gut und kräftig entwickelt. Pat. kann seine Hand auf den Kopf und auf den Rücken bringen, die Arme in die Seiten stemmen, er vermag grobe Arbeit zu verrichten, sich selbst zu rasiren und dergl. Alle Bewegungen gehen stetig und ohne Schleudern vor sich. Das obere Fragment wird dabei durch die vom Rumpf zum Oberarm gehenden Muskeln festgestellt.

Einen ähnlichen Fall hat Billroth[1]) beobachtet, der denselben als grosse Seltenheit bezeichnete.

2) Herr Rumpel demonstrirt selbstleuchtende (phosphorescirende) Cholerabacillen. Bekanntlich wurden von Dunbar im Jahre 1893, 3 Wochen vor Auftreten der ersten Cholerafälle während des Sommers, Vibrionen im Elbwasser gefunden, die morphologisch alle Eigenschaften der Cholerabacillen zeigten. Dieselben Vibrionen fanden sich bei 5 Kranken ohne jegliche Symptome der Cholera. Dann traten dieselben zuerst bei mehreren leichten Cholerafällen auf, die alle bis auf einen Potator günstig verliefen. Hiernach erst kamen die schwereren Fälle zur Beobachtung. Man erklärte diese Erscheinungen damals mit der Annahme, dass es sich um eine langsam erst sich entwickelnde Virulenz der Bacillen handelte. Pfeiffer nahm an, dass die gefundenen Vibrionen überhaupt keine Cholerabacillen waren, und gab verschiedene Methoden an, die erstere von den echten Cholerabacillen differenciren sollten. Als solche Unterscheidungsmerkmale gab Pfeiffer die folgenden an:

1) Das Verhalten beider Bakterienarten Tauben gegenüber. Gegen wahre Cholerabacillen sind Tauben immun, während die Dunbar'schen Vibrionen sich als äusserst virulent erwiesen. Letztere Angabe konnte R. bestätigen; dagegen fand er, dass auch die wahren Cholerabacillen virulent waren, wenn er junge und frische Culturen nahm. R. fand auch, dass die Virulenz der Culturen für Tauben zunahm, wenn sie den Körper dieser Thiere ein- oder mehrere Male passirt hatten. Hieraus folgt der Schluss, dass das Taubenexperiment als differential-diagnostische Methode unbrauchbar ist.

2) Das Verhalten der Meerschweinchen gegen Choleraculturen. Diese Thiere sollen durch echte Cholerabacillen immunisirt werden können, während dies mit den Dunbar'schen nicht gelingen soll. Letztere Angabe ist richtig, erstere jedoch nicht. Denn R. konnte Meerschweinchen, die mit echten Culturen „immunisirt" waren, mit frischen Culturen eines tödtlich verlaufenen Falles inficiren und unter Erscheinungen echter Cholera zu Grunde gehen sehen. Also auch diese Methode ist zur Differencirung für die Praxis unbrauchbar.

3) Phosphorescenz der Dunbar'schen Vibrionen. Diese Eigenschaft, welche im hiesigen hygienischen Institut entdeckt wurde, ist von Pfeiffer als drittes Unterscheidungsmerkmal für die falschen Cholerabakterien aufgestellt worden, da den wahren Choleraculturen dieselbe abgehen solle. Dies trifft jedoch auch nicht zu. Es gelang R.. aus einem im September 1894 letal verlaufenen Fall echter Laboratoriumscholera (Fall des Dr. med. Oergel, Assistent am hygienischen Institut) stark phosphorescirende Culturen darzustellen. Dieselben leuchteten am stärksten zur Zeit des stärksten Wachsthums. Nach 2 bis 3 Tagen hörte das Phänomen auf. (Demonstration dieser Culturen, die im verdunkelten Raum so stark leuchten, dass man die Aufschrift der Gläser lesen kann.) Also auch diese Eigenschaft kommt nicht etwa bloss den Dunbar'schen Vibrionen zu.

Es gibt mithin bis jetzt kein sicheres morphologisches Unterscheidungsmerkmal zwischen Dunbar'schen und echten Cholerabacillen, die vielleicht identisch sind, wenn auch von verschiedener Virulenz, jedenfalls aber derselben Bakterienart angehören.

II. Herr **Predöhl: Betrachtungen zu den Einrichtungen der Hanseatischen Versicherungs-Anstalt, betreffend Vornahme des Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten.** Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden. Jaffé.

[1]) Cf. v. Eiselsberg, Wiener klin. Wochenschrift 1894, No. 7.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 17. October 1894.

Herr **Klaussner:** 1) Besprechung eines Falles von grossem **Lipom** an der Vorderseite des Halses; Demonstration des Präparates.

2) Vorstellung eines Patienten mit hochgradiger **Struma aneurysmatica** (Blähkropf).

Ueber beide Fälle wird anderweitig ausführlich referirt.

3) Uebersichtliche Besprechung der Anastomosenbildung am Darme mit specieller Berücksichtigung und Demonstration des Murphy'schen Knopfes.

Herr **Bollinger: Ueber Schwindsucht-Sterblichkeit in verschiedenen Städten Deutschlands (1883—1891) nebst Bemerkungen über Häufigkeit der Rindertuberculose.**

Der Vortrag ist in No. 1 und 2 1895 dieser Wochenschrift abgedruckt.

Herr v. Ziemssen glaubt, dass die Baupolizei, durch welche in den letzten Decennien ein Schwinden der feuchten Kellerwohnungen herbeigeführt wurde, hier eine grosse Rolle spiele neben anderen Factoren (Muskelarbeit, Art des Lebens, Contact mit der äusseren Luft). Im Allgemeinen seien die Gesundheitsverhältnisse auch bei den barmherzigen Schwestern im Kloster und Krankenhaus bessere. Trotz der grossen Caserneneepidemie im vorigen Jahre seien in der Gesammtstadt nicht mehr Typhusfälle beobachtet worden wie früher: 1892: 33 Fälle, 1893: 34 Fälle; für 1894 bisher 17 Fälle bei 11000 Kranken. Man könne also sagen, dass der Boden und die Menschen jetzt in einer Weise immun sind, dass die Seuche ohne alle Einwirkung gewesen ist.

Herr H. Buchner bemerkt, die italienischen Rinder seien sehr grosse schöne Thiere von weisser Rasse und würden auf freier Weide

gehalten. Was der Grund der Rindertuberculose sei, könne man nicht mit Bestimmtheit sagen. Allgemein könne man nur annehmen, dass, je mehr die Thiere als Hausthiere ausgebildet werden, sie um so mehr empfänglich seien.

Herr Bollinger bestätigt diese Annahme. Beim Gebirgsvieh, das viel im Freien gehalten wird, sei die Tuberculose viel seltener als im Norden. Er glaube mit Sicherheit, dass die Rinder heute anders gehalten werden als früher, die Viehzucht sei eine andere geworden. Die Thiere werden mehr im Stalle gehalten, die Milchproduction künstlich gesteigert, die Abfälle der Branntwein- und Bierfabrication werden als Nahrung gegeben.

Auch in Siebenbürgen komme die Tuberculose beim Rindvieh so gut wie gar nicht vor, beim Steppenvieh sei sie so gut wie unbekannt.

Herr **Sittmann: Zur Diagnose der Septikopyämie.**

Die Aetiologie der Septikopyämie ist heutzutage genügend sichergestellt; wir wissen, dass die septikopyämischen Erkrankungen verursacht werden durch Allgemeininfection des Organismus mit Eitererregern. Die Infection nimmt ihren Ausgangspunkt von einer sichtbaren oder von einer nicht nachweisbaren Infectionspforte — in letzterem Falle sprechen wir von kryptogenetischer Septikopyämie —; von da aus gelangen die Eitererreger in das Blut, mit diesem an Orte, die von der Infectionspforte ferne liegen. Dort können sie — unter Verhältnissen, deren Wesen uns unbekannt ist und unter Vorgängen, bei denen das Gefässendothel die Hauptrolle spielen muss, metastatische Eiterungen hervorrufen. Stehen diese und die durch sie bedingten Symptome im Vordergrunde des klinischen Bildes, so bezeichnen wir die Erkrankung als Pyämie, treten sie zurück oder fehlen sie ganz, so sprechen wir von Septikämie; ätiologisch aber sind Septikämie und Pyämie Eines. Warum in dem einen Falle die Eitererreger das Bild einer Sepsis, in einem anderen die gleichen Eitererreger das Bild einer Pyämie hervorrufen, das wissen wir nicht; die bisher für diese auffallende Erscheinung gegebenen Erklärungen genügen nicht. Vielleicht kommt man am ehesten der Wahrheit nahe, wenn man zwei Fähigkeiten der Mikroorganismen annimmt, einmal die der Toxinbildung und dann die der Proteinbildung. Gelangen Bakterien in den Organismus, denen die Fähigkeit, Toxine zu bilden, in hohem Maasse zukommt, oder finden die Bakterien in dem Organismus Verhältnisse, die reichliche Toxinbildung ermöglichen, so wird die Folge der Invasion eine Sepsis sein; fehlen diese Voraussetzungen zu reichlicher Toxinbildung, so können die lebens- und vermehrungsfähigen Bakterien nur durch die bei dem Absterben der Einzelindividuen freiwerdenden Proteine wirken, es kommt eine Pyämie zu Stande. — Da nun in den meisten Fällen Toxin- und Proteinerzeugung bei einer Infection — diese als Todes-, jene als eine der Lebensäusserungen — neben einander statt hat, ist eine scharfe Trennung zwischen Sepsis und Pyämie nicht möglich — ein Standpunkt, der von klinischer Seite schon längst behauptet und vertreten wird —; man hat sich daher geeinigt, alle durch Infection des Blutes mit Eitererregern verursachten Erkrankungen unter dem gemeinsamen Namen Septikopyämie zusammenzufassen.

Man sollte nun meinen, dass seit Entdeckung der Eitererreger die Diagnose der Septikopyämie in zweifelhaften Fällen durch einfachen Nachweis der eingedrungenen Mikroorganismen in dem Blute gesichert worden sei; dem ist aber nicht so. Es liegen zwar schon aus der ersten Zeit Mittheilungen einzelner Fälle vor, wonach bakterioskopische Untersuchungen des Blutes septikopyämischer Leichen positives Resultat hatten, aber sie waren so vereinzelt und ihnen standen so viel negative gegenüber, dass der Einwand gegen sie erhoben werden konnte, das Auftreten von Mikroorganismen im Blute sei eine Leichenerscheinung. Der Einwand musste fallen, als positive Befunde am lebenden, circulirenden Blute erhoben werden konnten. Allein diese Befunde blieben vereinzelt und viele Nachuntersucher erzielten nur negative Resultate. Der Widerspruch zwischen den positiven und negativen Ergebnissen lässt sich leicht erklären, wenn man annimmt, dass die Zahl der Bakterien im Blute Septikopyämischer so klein sein kann, dass diese bei der üblichen Untersuchung kleiner Blutmengen sich der Beobachtung entziehen. Zur Entscheidung der Frage war also die Untersuchung grösserer Blutmengen nöthig. Zwar stellten sich der Verarbeitung grösserer Blutmengen zu bakteriologischen Zwecken Schwierigkeiten entgegen, die sich theils bei der Blutentnahme, theils bei der Anlage der Culturen zeigten, allein diese sind zu umgehen, wenn man das Blut statt durch Ritzen der Haut durch Aspiration nach Punction einer Vene mittels einer grösseren, z. B. 5 ccm haltenden sterilisirbaren Spritze gewinnt und wenn man, statt Oberflächenculturen anzulegen, das Blut in einer Quantität von je 1 ccm mit den verflüssigten und flüssigen Nährböden mischt und erstere zu Platten ausgiesst. — Auf diese Weise habe ich nun im Laufe der letzten Jahre sämmtliche Fälle von Septikopyämie des Krankenhauses l. I., die mir von meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath v. Ziemssen und von Herrn Prof. Bauer zugewiesen wurden, untersucht und in sämmtlichen positives Resultat erzielt.

Es waren das im Ganzen 23 Fälle von primärer und secundärer Septiokpyämie. (Unter primärer Septikopyämie verstehe ich Erkrankungen, bei denen die im Blute circulirenden Bakterien auch den Infect an der Eintrittspforte gesetzt haben, z. B. Septikopyämie nach Furunkeln, nach Pneumonien, während bei den secundären die Eintrittspforte durch die Thätigkeit anderer Mikroorganismen entsteht, z. B. Septikopyämie nach Typhus, Tuberculose u. s. w.). Es fanden sich Staphylococcen 11 mal, Streptococcen 4 mal, Pneumoniecoccen 6 mal, Staphylococcen und Bact. coli 2 mal — nicht mitgerechnet ist dabei der Fall, den ich gemeinsam mit Herrn Dr. Barlow publicirt habe —. Die Zahl der Bakterien wechselte sehr, sie betrug bei den Staphylococcen-Infectionen 1—14 Keime pro ccm Blut, bei den Streptococcen 17—2200; über die Zahl der Pneumoniecoccen vermag ich keine Angaben zu machen, da bei den einschlägigen Fällen der Befund in erster Linie durch den Ausfall der Thierimpfung gegeben wurde. Es überwiegen also bei meinen Untersuchungen die Staphylococcenfälle, während in den bisherigen Untersuchungen die Streptococcen-Infectionen die Ueberzahl bilden. Die Erklärung für diesen Widerspruch ist leicht gegeben: Den bisherigen Untersuchern mussten alle Fälle mit geringem Bakteriengehalte — und das sind eben die Staphylococcenfälle — ein negatives Resultat liefern. — Da die Eitererreger in allen Fällen, in denen klinisch oder durch die Autopsie die Diagnose Septikopyämie gestellt wurde, sich fanden, da sie ausserdem aber zu den verschiedensten Zeiten der Erkrankung sich fanden, so ergibt sich, dass bei der Septikopyämie stets Eitererreger, wenn auch in geringer Menge, im Blute kreisen. Die bakterioskopische Blutuntersuchung, in der angegebenen Weise ausgeführt, stellt somit das sicherste Hilfsmittel für die Diagnose der Septikopyämie dar. — Von den 23 Fällen endeten 16 letal: sämmtliche Streptococceen, 6 von den 11 Staphylococcen-, 4 von den 6 Pneumoniecoccen- und die Mischinfectionen. Diese Zahlen gestatten einen für die Prognose giltigen Schluss: Sie gestaltet sich am günstigsten bei den Staphylococcen; weniger günstig bei den Pneumoniecoccen, am ungünstigsten bei den Streptococcen und bei den Mischinfectionen.

Der Bakterienbefund im Blute dürfte ferner in manchen Fällen von kryptogener Septikämie geeignet sein, einen Aufschluss zu geben über die Infectionspforte. Finden sich im Blute Mikroorganismen, — die ubiquitären Strepto- und Staphylococcen natürlich ausgeschlossen — die erfahrungsgemäss primäre Herde in den Lungen zu setzen pflegen, so kann in diesen die Infectionspforte zu suchen sein — so z. B. beim Nachweise der Pneumoniecoccen —; finden sich Bakterien, deren Hauptaufenthaltsort der Verdauungstractus oder Urogenitalapparat ist, so ist der Sitz der primären Localisation in diesen Organen anzunehmen; lässt sich z. B. im Blute das Bact. coli nachweisen, so kann entweder ein Darmgeschwür oder eine Affection der Gallenwege oder eine Cystitis die Ursache der Allgemein-Infection sein. Es kann also der Blutbefund das Auffinden des primären Herdes erleichtern, was von hoher Wichtigkeit ist, da wir ja wissen, dass nach Entfernung der Primärlocalisation die Allgemein-Infection zum

Stillstande und zum Rückgange gebracht werden kann. Also auch auf die Therapie dürfte von der bakteriologischen Blutuntersuchung ein Einfluss zu erwarten sein.

Herr Ziegler hat bei Untersuchungen bei chirurgischer Sepsis gefunden, dass die Staphylococcen im Blute in spärlicherer Anzahl gefunden werden als die Streptococcen. Nicht bei allen Fällen von Sepsis wurden immer gleich Bakterien gefunden, wohl aber wurden kurz vor dem Tode Bakterien in Fällen gefunden, wo sie vorher nicht zu finden waren. Z. hat gewöhnlich 1 ccm Blut für eine Probe genommen, in der Regel waren darin nur 12—13 Bakterien nachweisbar. Bei Bacterium coli hat Z. solche auch erst vor dem Tode gefunden.

Herr Passet: Alle Bacterien, die im Stande sind, Toxine zu bilden, führen den Tod herbei durch Septikämie. Haben die Eiterbakterien zum mindesten 24 Stunden an einer Stelle zu liegen, so entstehen Eiterungen. Diese Fälle von Septikämie hat man früher Pyämie genannt. Es wäre viel einfacher, immer bloss von Septikämie zu sprechen; darunter versteht man eine Vergiftung des Körpers durch Bakterien. Was den Bakteriennachweis betreffe, so könne dies einfacher im Urin geschehen, da alle Bakterien, welche in's Blut gelangen, durch die Nieren ausgeschieden werden. Durch Centrifugiren des Harnes wären die Bacterien vielleicht in noch reichlicherer Menge wie im Blute nachzuweisen.

Herr Sittmann glaubt, man dürfe trotzdem die Untersuchung auf Bakterien im Blute am Krankenbette nicht vernachlässigen, da die mit dem Urine ausgeschiedenen Bakterien auch aus Herden im Urogenitalapparat stammen können. S. hat im Anschlusse an seine klinischen Untersuchungen auch experimentelle gemacht und konnte nach 4 Stunden schon Staphylococcen im Urin entdecken, in anderen Fällen erst nach 7—8 Stunden.

Herr Ziegler hält die Untersuchung des Blutes für die einfachere Methode; er glaubt, es sei schwer, den Harn vollkommen bakterienfrei zu bekommen. Eine ganz ungeahnte Menge von Bakterien scheine durch den Schweiss ausgeschieden zu werden.

Herr Passet: Man kann einen keimfreien Urin auffangen, wenn man den ersten Urin ablaufen lässt und den folgenden auffängt. Was die Ausscheidung der Bakterien durch den Schweiss betrifft, so erfolge dieselbe nicht so rasch als durch den Urin. Die Hauptmenge gelange im Harn zur Ausscheidung und er glaube, die Untersuchung könne auf diese Weise geschehen.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 12. Januar 1895.

Die Ausgestaltung der Wiener Kliniken. — Selbstmorde in Wien. — Seife als Desinfectionsmittel. — Das Diphtherieserum in der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

Die Mitglieder der medicinischen Facultät — Lehrer sowohl als Studirende — waren in der Vorwoche sehr erregt, als es in den politischen Zeitungen verlautete, dass in der „grossen Commission" der Plan berathen wurde, das allgemeine Krankenhaus mit all' seinen Kliniken und Instituten an die äusserste Peripherie unserer Stadt zu verlegen. Seit vielen Monaten hatte man sich mit der Zusage beruhigt, dass das Universitätsspital auf Kosten der anstossenden Caserne, welche demolirt werden sollte, vergrössert und dass dadurch den vielen raumbedürftigen Kliniken und Instituten die Möglichkeit geboten werden würde, den modernen Ansprüchen gemäss umgestaltet zu werden.

Wir erinnern uns noch eines packenden Feuilletons, welches weiland Baron Mundi, der Gründer der Wiener Rettungsanstalt vor einigen Jahren in der „Neuen freien Presse" veröffentlichte, in welchem das menschenunwürdige Geschick der an den Kliniken Wiens hilfesuchenden armen Bevölkerung in den drastischsten Farben geschildert wurde. Es handelte sich damals vornehmlich um die Klinik Billroth's. In engen Corridors drängen sich Aerzte und ambulante Kranke, Narkotisirte werden auf Tragen zur Operation gebracht, eben Operirte, aus der Narkose Erwachte, mit blutbeschmutzter Wäsche vor den Ambulanten in denselben Gängen vorbeigetragen und zwischendurch müssen noch die Studirenden, um zu ihren Plätzen im Hörsaale zu gelangen. Das Alles gibt ein Chaos, welches der Engel der Barmherzigkeit mit seinen Schwingen hätte verdecken sollen. Aehnliche Zustände herrschen noch heute an einzelnen Kliniken, ja, nicht jeder Kliniker hat seinen eigenen Hörsaal, so Mancher hält noch auf den Krankenzimmern seine Vorlesungen ab, andere Kliniken haben keine Arbeitszimmer oder nur ein winzig kleines etc.

In seiner Broschüre „Aphorismen zum Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften" schlug Billroth 1886 aus diesem Grunde allen Ernstes vor, die Entlastung der Hörsäle unserer internationalen Facultät dadurch herbeizuführen, dass in mehreren Kronländern des Reiches kleinere medicinische Facultäten (nicht ganze Universitäten) neu gegründet würden und dass bei uns ein Numerus clausus dadurch herbeigeführt werde, dass nur diejenigen Mediciner zu den Rigorosen zugelassen würden, welche ein Maturitätszeugniss von einem österreichischen Gymnasium haben. Durch letzteren Antrag wären die Ungarn vom Besuche der Wiener Schule abgehalten worden.

Dann kam von anderer Seite immer wieder der Vorschlag, das ganze allgemeine Krankenhaus, in welchem derzeit auch Spitalsabtheilungen und die n. ö. Gebäranstalten untergebracht sind, Unterrichtszwecken zu widmen, indem die in dem gewaltigen Häusercomplex befindlichen 2000 Kranken lediglich dem klinischen Unterrichte zugeführt würden.

Nun kam die obenerwähnte grosse Ueberraschung, welche einen Aufruhr an der medicinischen Facultät und zahlreiche Leitartikel in den politischen Zeitungen hervorrief. Man besprach die sich hieraus für Lehrer und Schüler ergebenden argen Missstände und unser erster Kliniker soll sogar das Wort gebraucht haben, man plane damit einen Mord an der Wiener medicinischen Facultät.

Schliesslich kam die officielle „Wiener Abendpost" und dementirte energisch und so dürfte sich die Erregung der Geister bald völlig legen. Gleichwohl gibt das Dementi noch viel zu denken. Sagt es doch unter Anderem, dass, wenn auch das erste und ursprüngliche Project vorläufig in erster Linie stehe, die Alsercaserne zu erwerben, das alte Krankenhaus zu adaptiren und einige Kliniken auf der Area der Alsercaserne neu einzurichten, dieses Project trotz seiner grossen Kostspieligkeit (11—12 Millionen Gulden) kaum allen Wünschen der klinischen Vorstände vollständige Befriedigung gewähren und dass überdies ein Zeitraum von 6 bis 7 Jahren vergehen würde, bis sämmtliche in Aussicht genommenen Adaptirungen und Neubauten für klinische Zwecke vollendet sein würden.

Sechs bis sieben Jahre — das ist fürwahr eine lange Zeit, und die Facultät, welcher diese Angelegenheit seitens der Regierung nochmals zur „eingehenden sachgemässen Prüfung" unterbreitet werden wird, wird abermals Gelegenheit haben, die einzelnen Projecte zu studiren und die Unterrichtsverwaltung auf die jämmerlichen Zustände aufmerksam zu machen, in welchen sich die meisten Kliniken unserer Facultät derzeit befinden und die um so eher eine Abhilfe erheischen, als sie schon so manches Refus seitens hervorragender deutscher Gelehrter (zuletzt von Czerny-Heidelberg) verschuldet haben.

Im Jahre 1894 haben 389 Menschen, 296 Männer und 93 Frauen, in Wien ihr Leben freiwillig beendet. Die Anzahl der Selbstmorde ist im Vorjahre um ein Geringes gestiegen; sie betrug 1892 330, sodann 1893 356 und 1894 389. Das Alter schwankte zwischen 9 und 83 Jahren. Kinder mit 9, 13, $13^1/_2$ Jahren begehen bereits Selbstmorde und anderseits können 80jährige Greise es nicht mehr erwarten, dass sie ihr Dasein in natürlicher Weise abschliessen. Die meisten Selbstmorde fielen auf den Monat April, die wenigsten auf den September.

Im chemisch-mikroskopischen Laboratorium der Doctoren Max und Adolf Jolles sind in letzterer Zeit mannigfache Versuche über die Desinfectionsfähigkeit von Seifenlösungen angestellt worden, deren Resultate demnächst in der „Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten" ausführlich zur Veröffentlichung gelangen werden. In einer früheren Arbeit, welche in derselben Zeitschrift publicirt wurde, wies Dr. Max Jolles die grosse Desinfectionskraft von Kaliseifen gegen die Mikroorganismen der Cholera nach. Nunmehr dehnte derselbe seine Versuche auch auf den Typhusbacillus und auf den Bac. coli commun. Escherich aus, somit auf Bakterien, welche hauptsächlich in den Dejecten, sowie in der mit den pathogenen Keimen beschmutzten Wäsche vorkommen.

Auch hier sind die Resultate geradezu überraschend, indem bei Zimmertemperatur eine 1 proc. Seifenlösung nach 24

Stunden, eine 3proc. nach 12 Stunden und eine 6proc. Lösung bereits nach 30 Minuten die Typhuskeime vollständig zerstört, so dass damit beschickte Platten steril bleiben. Wird die Temperatur erhöht, so ist das entsprechende Resultat noch günstiger.

Weniger günstig sind die Erfolge bei Einwirkung der Seifenlösungen auf den Bac. coli communis, aber immerhin noch beachtenswerth.

Dieses Resultat ist in praktischer Hinsicht sehr interessant, als es darthut, dass man auch ohne die üblichen Desinfectionsmittel, die bekanntlich alle ohne Auswahl recht übelriechend sind oder die Wäsche schädigen, also lediglich mit Seife die pathogenen Keime in der Wäsche vernichten könne. Bezüglich der Details der Arbeit müssen wir auf das nächste Heft der oben erwähnten Zeitschrift verweisen.

Die durch den Vortrag Professor v. Widerhofer's eingeleitete Discussion über den Werth des Heilserums gegen die Diphtheritis (siehe No. 1 d. Wochenschr.) wurde am 11. Januar in unserer Gesellschaft der Aerzte fortgesetzt. Der Vorsitzende, Hofrath v. Dittel, brachte vorerst zur Mittheilung, dass über Antrag Widerhofer's aus dieser Gesellschaft ein 4gliedriges Comité eingesetzt wurde, welches diese wichtige Frage studiren solle. In dieses Comité wurden die Herren Widerhofer, Monti, Eisenschitz und Teleky gewählt.

Primarius Dr. Heim besprach sodann seine im St. Josephs-Kinderhospitale mit diesem Heilserum bei 48 diphtheriekranken Kindern beobachteten Resultate. Zuerst injicirte er hintereinander 27 Kinder und erzielte bei ihnen eine Mortalität von blos 22,2 Proc., sodann kam eine serumlose Zeit, in welcher die Sterblichkeit sofort auf 65,5 Proc. anstieg, dann hatte er wieder Behring'sches Heilserum, injicirte 21 Kinder und sofort sank die Sterblichkeit wieder auf 28,5 Proc. Während der letzten 10 Jahre (1885—1894) wurden im genannten Kinderspitale 1695 diphtheriekranke Kinder behandelt. Von diesen starben 867, also 51,1 Proc.; das Minimum der Mortalität betrug 38, das Maximum 58,7 Proc. Nephritiden kamen bei der Serumtherapie nicht häufiger vor, als sie sonst bei Diphtherie beobachtet werden. Jene Kinder hatten die meiste Aussicht auf Genesung, welche innerhalb der ersten drei Tage der Erkrankung zur Behandlung gelangten.

Der Vortragende schildert ebenfalls — wie es Widerhofer gethan — die überraschende Einwirkung des Heilserums auf das allgemeine Befinden der Kinder, hebt hiebei die Einfachheit des ganzen Verfahrens hervor, das ohne Quälerei der Kinder vom Arzte selbst vorgenommen werde, und schliesst mit folgenden Worten: „Ich kann mir nicht erlauben, aus diesen wenigen Beobachtungen weitgehende Schlüsse zu ziehen, kann aber behaupten, dass der Eindruck, welchen die Behandlung mit Diphtherie-Serum im Allgemeinen wie in den einzelnen Fällen auf uns machte, ein überaus günstiger war. Wir haben es hier, wie es Widerhofer sagte, mit einer Heilmethode zu thun, welcher wir keine andere auch nur annähernd an die Seite stellen können."

Der nächste Redner, Professor Monti, Director der Wiener Poliklinik, hat theils in seinem Institute, theils in der Privatpraxis von Mitte October bis Mitte December 25 Kinder mit Heilserum behandelt und von diesen bloss eines verloren. Auch dieses — ein 7jähriger Knabe — starb nicht an der Diphtheritis (Larynxcroup), sondern an Marasmus und chronischer Pneumonie. Woher dieser Erfolg, wiewohl er ebenfalls schwere Fälle zu behandeln hatte?

Vielleicht war die Dosis, welche andere Aerzte anwendeten, eine zu geringe, vielleicht auch die Technik (?) der Injection eine unzureichende. Für alle Fälle ist die Art und Weise, in welcher die Diphtheriefälle bisher statistisch verwendet wurden, eine völlig ungenügende und irreführende. Er selbst unterscheidet 1) eine fibrinöse Form (massenhafte Löffler'sche Bacillen), 2) eine Misch- oder phlegmonöse Form (wenig Löffler'sche Bacillen, dafür schon Streptococcen etc.) und 3) eine gangränöse oder septische Form, bei welcher die Bacterien der Eiterung und Sepsis gefunden werden. Die klinisch-bakteriologische Sonderung der Fälle ist also behufs statistischer Verwerthung derselben überaus wichtig. 11 seiner Fälle gehörten also der 1. Form an, 14 der 2. Form, den Ausgang in Sepsis hat er niemals beobachtet. Er ging bei den Injectionen genau nach Behring's Angaben vor. 13 Kinder kamen vor Ablauf des dritten Tages der Erkrankung in Behandlung — es starb keines derselben, 12 nach Ablauf von 3 Tagen — ein Todesfall. Bei einem Kinde trat nach einigen Tagen Recidive auf, es scheint also diese Therapie nicht vor Recidiven zu schützen. Bei der zweiten Form waren oft 3, 4 und 5 Injectionen von Heilserum erforderlich, trotzdem wurde auch hierdurch die Ausbreitung des localen Processes verhindert.

Auffallend ist grosse Häufigkeit (12 Fälle) der postdiphtherischen Lähmungen, welche ziemlich früh auftraten (5 mal schon am 5. Tage) und mehrere Muskelgruppen gleichzeitig befielen (Gaumen-, Accomodations- und Extremitäten-Lähmung). Sonst treten derlei Lähmungen spät auf, von der 3. Woche ab, auch nicht so häufig. Sie hängen wohl direct mit dieser Behandlungsmethode zusammen, erschienen in seinen Fällen vielleicht deshalb häufiger, weil er wiederholt starke Antitoxin-Einheiten in Anwendung brachte. Die Lähmungen gingen übrigens bald zurück.

Eine weitere Schädlichkeit des Heilserums ist das Auftreten von Albuminurie (unter 25 Fällen 13 mal = 52 Proc.), welche sich ebenfalls ziemlich früh zeigte, an deren Entstehung wohl ebenfalls das Heilserum Schuld trägt. Die Eiweissabsonderung ist aber nicht als Nephritis anzusehen, da im Harn Formbestandtheile fehlten und die Urinmenge nicht vermindert war; sie ist — sowie das scharlachartige Exanthem, die Urticaria etc. — als toxische Wirkung des Heilserums zu betrachten.

Interessant ist ferner die Beobachtung, dass das toxische Erythem, das sich von der Injectionsstelle aus über den ganzen Körper ausbreitet, bloss bei einzelnen Sendungen des Heilmittels und dann in allen Fällen constatirt wurde, während dasselbe Kind, wenn es ein zweites Mal mit einem Fläschchen früherer Sendung injicirt wurde, jetzt vom Exanthem verschont blieb, woferne die frühere Sendung auch sonst keines hervorgerufen hatte. Die Ursache scheint also ebenfalls im Heilserum selbst zu liegen.

Behufs Immunisirung hat Monti das Behring'sche Heilserum noch nicht angewendet. Er glaubt also, dass sich dieses Serum bei den rein fibrinösen Formen vorzüglich bewähren werde, bei den gemischten Formen der Diphtherie schon weniger; ob auch bei der septischen Form — das müsse erst die Zukunft lehren.

Schliesslich berichtete Primararzt Dr. Unterholzer über seine im Leopoldstädter Kinderspitale bei 36 Kindern erzielten Heilresultate. Sie sind recht befriedigend, da die Mortalität — wiewohl 5 Kinder fast sterbend eingebracht wurden — bloss 25,8 Proc. betrug, während sie sofort anstieg (auf 66,7 Proc.!), als das Heilserum zur Neige ging.

Erlauben Sie Ihrem Berichterstatter eine Bemerkung. In der Zeit, da man noch kein Serum hatte, wurden bloss die schwerst erkrankten Kinder, bei welchen Tracheotomie etc. nothwendig war, in's Spital transferirt; daher die höhere Sterblichkeit dieser Kranken als der in der Privatpraxis. Dann kam die Zeit, in welcher die Spitäler Heilserum hatten, die Aerzte in ihrer privaten Praxis aber nicht. Nun wurden auch leichtere Formen der Diphtherie, für welche die Eltern durchaus Heilserum verlangten, in die Kinderspitäler geschafft. Naturgemäss sank in Folge dessen das Mortalitätsprocent; es steigt aber wieder sofort, wenn den Kinderspitälern das Serum ausgeht, die leichten und mittelschweren Diphtheriefälle wieder in der Praxis privata verbleiben. Damit möchte ich keineswegs den Werth des Heilserums herabsetzen, da ich persönlich keinerlei Erfahrungen besitze; ich möchte bloss eine Erscheinung, auf welche bereits mehrere Berichterstatter (selbst ein Virchow!) einen so hohen Werth legten, in anderer, vielleicht nicht ganz unrichtiger Weise zu erklären versuchen.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Epidemilogical Society.

Sitzung vom 14. December 1894.

Das Verhältniss der Bakterien zu ihren Producten.

Dr. Klein entwickelte, dass alle Bakterien in ihrer organischen Nährflüssigkeit specifische Veränderungen, verschieden je nach ihrer Species, hervorrufen und bestimmte chemische Körper erzeugen, von denen die in eiweisshaltigen Flüssigkeiten sich bildenden Ptomaïne oder Albumosen die wichtigsten sind.

Pathogene Bakterien produciren je nach der Species verschiedene Toxine, welche die unmittelbaren Krankheitsursachen der verschiedenen specifischen Krankheiten sind. Er weist dabei hin auf die Forschungen von Hankin, Sidney Martin, Roux und Yersin, Kitasato und Brieger über Anthrax, Diphtherie und Tetanus.

Die Toxine sind nach Martin fermentartige Körper und können durch Wasser ausgezogen und durch Alkohol gefällt werden. Sie wirken auf Eiweiss wie die digestiven Fermente und produciren bestimmte Albumosen sowie Alkaloide. Durch Hitze werden sie zerstört. Die Wirkung der Bakterien ist eine verschiedene, je nachdem sie leben oder todt sind, in ersterem Falle gesellt sich zu der bakteriologischen Wirkung noch die toxische. Wahrscheinlich enthalten die Bakterien selbst mehr als ein Toxin, da sich z. B. aus einzelnen sowohl eine temperatursteigernde als eine temperaturerniedrigende Substanz extrahiren liess.

Eine nicht tödtliche Dosis von todten Bacterien verleiht eine gewisse Resistenzkraft gegen die Injection lebender Bacillen, nicht aber gegen ihre ausserhalb des Körpers producirten Toxine. Das Blutserum von Thieren, welche eine solche Attacke überstanden hatten, immunisirt, wenn einem anderen Thiere injicirt, dasselbe auf kürzere oder längere Zeit gegen eine Infection der betreffenden Bakterien sowohl als ihrer Toxine. Die Wirkung dieses Serums oder Antitoxins beruht also auf einer Neutralisirung der toxischen Substanzen und einer Hemmung der Bakterienentwickelung. Auch die Antitoxine haben einen Fermentcharakter und können sich gegenseitig sowohl im Reagensglas als im lebenden Körper neutralisiren.

Willoughby betonte den Unterschied der Immunisirung durch die Antitoxine von der Wirkung der Impfung und wies speciell auf Haffkine's Anticholeraimpfungen hin.

Klein bemerkte zur Erklärung einiger klinischer Erscheinungen, dass bei gleichzeitiger Injection von lebenden Bakterien und Toxinen die Incubation eine kürzere und die Erkrankung eine intensivere sei.

F. L.

Verschiedenes.

(Frequenz der deutschen medicin. Facultäten W.-S. 1894/95.)[1]

	Winter 1893/94			Sommer 1894			Winter 1894/95		
	Inländer	Ausländer[2]	Summa	Inländer	Ausländer[2]	Summa	Inländer	Ausländer[2]	Summa
Berlin	915	364	1279	803	256	1059[3]	894	326	1220
Bonn	234	13	247	290	16	306	235	10	245
Breslau	281	6	287	287	8	295	285	12	297
Erlangen	151	187	338	155	173	328	170	185	355
Freiburg	106	236	342	102	383	485	100	283	383
Giessen	51	45	96	76	73	149	61	48	109
Göttingen	154	38	192	176	31	207	171	36	207
Greifswald	349	31	380	374	38	412	347	34	381
Halle	204	30	234	213	34	247	210	39	249
Heidelberg	68	150	218	72	197	269	75	150	225
Jena	47	149	196	48	158	206	47	143	190
Kiel	200	57	257	230	101	331	196	55	251
Königsberg	218	12	230	221	15	236	197	24	221
Leipzig	373	415	788	329	343	672	351	376	727
Marburg	172	44	216	192	40	232	187	38	225
München	500	614	1114	495	716	1211	509	616	1125
Rostock	44	76	120	44	76	120	47	63	110
Strassburg	130	169	299	135	157	292	144	156	300
Tübingen	124	111	235	109	126	235	119	104	223
Würzburg	162	584	746	154	566	720	165	588	753
Zusammen	4483	3331	7714	4505	3507	8012	4510	3286	7796

(Die freie Aussicht) durch die Fenster des Krankenzimmers hindurch ist oft die einzige Annehmlichkeit und Zerstreuung, deren sich Kranke und Sieche während einer langen und trostlosen Periode ihres Lebens erfreuen können. Um ihnen diese auch im Winter zu erhalten, wo die Scheiben beschlagen und selbst gefrieren, genügt es, diese mit einer Mischung von einem Theil Glycerin in 20 Theilen verdünnten Spiritus mittelst eines Lederlappens von Zeit zu Zeit zu überwischen, und kann man so mit Hilfe dieser einfachen und in jedem Haushalte vorhandenen Flüssigkeiten den Kranken dauernd die Aussicht offenhalten. (Z. f. Krankenpfl.)

(Ueber Diphtherierecidiv bei Behandlung mit Behring's Heilserum) berichtet C. Göbel aus dem neuen allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, Abtheilung Dr. Schede. Er theilt 2 Fälle mit; im ersten trat bei einem am Ende des 2. Krankheitstages mit 1500 Immunitätseinheiten Behring'schen Serums behandelten diphtheriekranken Kind von etwas mehr als 2 Jahren am 40. Tage nach der Injection ein typisches Diphtherierecidiv ein, bei dem sich zahlreiche, vollvirulente Klebs-Löffler'sche Stäbchen aus den Membranen der Tonsillen züchten liessen. Im 2. Fall, 7 Jahre altes Kind, trat am 28. Tage nach einer am 4. Krankheitstag der primären Attaque applicirten Injection von 1000 Immunitätseinheiten ein allerdings nicht einwandfrei bakteriologisch erhärtetes Diphtherierecidiv auf.

E.

[1]) Nach amtlichen Verzeichnissen. Vergl. d. W. No. 26, 1894.

[2]) Unter Ausländern sind hier Angehörige anderer deutscher Bundesstaaten verstanden.

[3]) Dazu die Studirenden der Pepinière.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 15. Januar. Auf die Eingabe des Vereins der freigewählten Cassenärzte in Berlin an den Oberpräsidenten v. Achenbach, er wolle die gegen die freie Arztwahl gerichtete Verfügung der Gewerbedeputation (s. d. W. No. 1) aufheben, hat derselbe unterm 4. ds. geantwortet, dass er den Magistrat ersucht habe, von der Durchführung der fraglichen Verfügung einstweilen Abstand zu nehmen, weil gegen dieselbe „zunächst in formeller Beziehung“ Bedenken erhoben werden könnten. Gleichzeitig weist jedoch der Oberpräsident auf die Steigerung der Ausgaben hin, welche den Cassen unter der freien Arztwahl erwachsen sei, auf deren Verminderung bedacht zu sein nur Pflicht des Magistrates als Aufsichtsbehörde sei.

— Der dem Reichstage zugegangene Gesetzentwurf, betreffend die Abänderung der Gewerbeordnung, enthält folgende, ärztliche Kreise interessirende Bestimmungen: Zunächst einen Zusatz zum § 30, wornach die Concession für private Kranken-, Entbindungs-, und Irrenanstalten auch zu versagen ist, wenn die Anstalt durch ihre örtliche Lage für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke oder für das Publicum überhaupt erhebliche Nachtheile, Gefahren oder Belästigungen hervorrufen kann. Vorher sind Ortspolizei und Gemeindebehörden zu hören. Ferner wird dem Absatz 3 des § 53, der von der Approbation der Aerzte und Apotheker handelt, beigefügt: „Ist die Untersagung erfolgt, so kann die Landes-Centralbehörde oder eine andere von ihr zu bestimmende Behörde die Wiederaufnahme des Gewerbebetriebes gestatten, sofern seit der Untersagung mindestens 3 Jahre verflossen sind.“

— Zur Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse der Charité sollen Berliner Blättern zufolge etwa 60000 M. in den Staatshaushaltsetat für das Jahr 1895/96 eingestellt sein. Es sollen z. B. die noch vielfach in Gebrauch befindlichen Strohsäcke abgeschafft und dafür neue Bettstellen und Matratzen angeschafft werden. Ferner soll vor allen Dingen auf gehörige Lüftung der Zimmer und Säle das Augenmerk gerichtet und die Fenster der alten und der neuen Charité mit entsprechenden Vorrichtungen versehen werden.

— Der diesjährige Congress für innere Medicin wird in der Zeit vom 2.—5. April in München unter dem Vorsitz des Herrn Geheimrath v. Ziemssen stattfinden. Anmeldungen zu Vorträgen sind an Herrn Prof. Baeumler-Freiburg i. B. einzusenden.

— Auf dem Umschlag unserer heutigen Nummer bringen wir den Jahresbericht 1894 des Sterbecassevereins der Aerzte Bayerns a. V. Bei der stets zunehmenden Zahl an Mitgliedern und bei dem alljährlich nicht unbedeutend anwachsenden Vermögen kann der Eintritt in denselben allen Collegen dringlichst angerathen werden. Insbesondere ersuchen wir die Herren Vorstände der ärztlichen Bezirksvereine, ihre Mitglieder auch auf diesen collegialen Hilfsverein in wohlwollender Empfehlung aufmerksam zu machen.

— In Berlin hat sich neuerdings aus bekannten dortigen Specialärzten ein „Verein für ärztliche Fortbildungscurse“ gebildet, welcher sich die Aufgabe stellt, vorzugsweise während des Semesters und unter thunlicher Beschränkung der Theilnehmerzahl praktische Curse abzuhalten. Die Curse beginnen am 1. Februar 1895; wegen der Einzelheiten verweisen wir auf das Inserat in der vorigen Nummer unseres Blattes, sowie auf die von dem Bureau des Vereins, der medicinischen Buchhandlung Enslin, Berlin N., Karlstrasse 32, zu beziehenden Vorlesungsverzeichnisse.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 52. Jahreswoche, vom 23.—29. December 1894, die grösste Sterblichkeit Elbing mit 36,7, die geringste Sterblichkeit Remscheid mit 10,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Frankfurt a. O. und Mannheim; an Diphtherie und Croup in Erfurt, Gera, Halle, Remscheid, Stuttgart.

— Das Lehrbuch der Histologie von Stöhr (Verlag von G. Fischer in Jena) gehört zu den Büchern, welche den eisernen Bestand der Bibliothek des Mediciners bilden. Es erlebt dementsprechend ca. alle 2 Jahre eine neue Auflage. Die im Jahre 1894 erschienene Auflage, in allen Capiteln nach den neuesten Forschungen durchgearbeitet, zeichnet sich dadurch aus, dass die auf Grund der Golgi'schen Methode gewonnenen neuen Anschauungen über den Bau der Nervengewebe in die Darstellung aufgenommen wurden. Dadurch ergab sich auch die Nothwendigkeit einer beträchtlichen Vermehrung der Abbildungen, deren 60 neu eingeschaltet wurden.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Prof. Waldeyer wurde zum correspondirenden Mitglied der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in St. Petersburg ernannt. — **Bonn.** Prof. Pflüger wurde zum correspondirenden Mitglied der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in St. Petersburg erwählt. — **Göttingen.** Der Privatdocent für innere Medicin Dr. Arthur Nicolaier wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt. — **Halle a. S.** An Stelle des Prof. Behring, der Urlaub genommen, ist Prof. Erich Harnack, Ordinarius für Arzneimittellehre und medicinische Chemie, mit dem Unterrichte in der Hygiene an der Universität Halle für dieses Halbjahr betraut worden. — **Heidelberg.** Dem Privatdocenten der Ophthalmologie, Dr. Leopold Weiss, ist der Charakter eines ausserordentlichen Professors verliehen worden. — **München.** Universitätsprofessor Dr. Posselt feierte am 4. Januar sein 25jähriges Jubiläum als Oberarzt im Krankenhause l. d. I. Aus diesem Anlasse erschien am genannten Tage eine städtische Deputation im Krankenhause zur Beglückwünschung; am Samstag wurde der Jubilar vom Directorium und der Verwaltung des Krankenhauses und dann von seinen sämmtlichen Assistenten, dermaligen und früheren, beglückwünscht. Die Assistenten überreichten ein prachtvolles Album mit ihren Photographien.

Bologna. Dr. Respighi hat sich als Privatdocent für Dermatologie und Syphilis habilitirt. — **Oxford.** Sir Henry Acland, der in diesem Jahre das 80. Lebensjahr vollendet, hat die Regiusprofessur für Medicin an der Universität Oxford niedergelegt. Zu seinem Nachfolger in der Regiusprofessur ist Prof. Burdon Sanderson, bisher Waynflete-Professor für Physiologie, ernannt worden. — **Wien.** Der Privatdocent an der medicinischen Facultät in Prag Dr. E. Schütz hat die Venia legendi für die specielle medicinische Pathologie und Therapie an der medicinischen Facultät der Universität Wien erhalten.

(Todesfälle.) In Breslau ist am 11. ds. Prof. Jakob Gottstein, Specialist für Hals- und Ohrenleiden, gestorben. Gottstein wurde am 7. November 1832 in Lissa (Posen) geboren und hat an der Breslauer Universität länger als ein Vierteljahrhundert gelehrt. Sein bedeutendstes Werk ist sein 1883 zum ersten Male erschienenes, schon in dritter Auflage vorliegendes Handbuch der Krankheiten des Kehlkopfes.

In Pisa ist Dr. Studiati, Professor der Physiologie, gestorben.

Geh. Rath Külz, Professor der Physiologie in Marburg, ist am 13. ds. an Perityphlitis (Perforation eines Abscesses) gestorben.

In einem Beiblatt zur heutigen Nummer publiciren wir das in unserer Beleidigungsklage gegen Herrn Dr. Krüche ergangene Urtheil. Um nicht durch dieses zum Theil persönliche Material den Raum unseres Blattes zu verkürzen und um ferner den unerfreulichen Stoff nicht dauernd dem Jahrgange einzuverleiben, bringen wir das Urtheil sowie die sich daran schliessende Erörterung ausserhalb des redactionellen Rahmens (selbstverständlich unter Verantwortlichkeit der Redaction).

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. Salomo Baer, approbirt 1894, Friedrich Drexler, approbirt 1893, beide in München; Dr. Sigmund Rosenblüth, approbirt 1892, in Bamberg.

Gestorben. Dr. Alfred Handschuch, k. Generalarzt a. D. in München; der Assistenzarzt II. Cl. der Landwehr 1. Aufgebots Dr. Konrad Zenker (Erlangen) am 29. December v. Js. zu Erlangen.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 1. Jahreswoche vom 30. Dec. 1894 bis 5. Januar 1895.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 8 (10*), Diphtherie, Croup 47 (46), Erysipelas 10 (11), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (3), Kindbettfieber 2 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 36 (39), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 11 (7), Parotitis epidemica — (10), Pneumonia crouposa 13 (19), Pyaemie, Septicaemie — (2), Rheumatismus art. ac. 24 (23), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 15 (32), Tussis convulsiva 30 (37), Typhus abdominalis 1 (2), Varicellen 43 (18), Variolois — (—). Summa 245 (250). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 1. Jahreswoche vom 30. Dec. 1894 bis 5. Jan. 1895.

Bevölkerungszahl 396,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 4 (2), Scharlach 1 (1), Diphtherie und Croup 3 (7), Rothlauf — (—), Keuchhusten 3 (2), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall — (1), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 3 (4), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 1 (5).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 172 (147), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 22,6 (19,6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15,4 (12,3), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13,3 (10,0).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Berichtigung. In der Uebersicht in No. 52 v. Js. (50. Jahreswoche) ist bei Unterleibstyphus statt 6 zu lesen 1; dementsprechend ist auch in No. 1 l. Is. statt — (6) zu lesen — (1).

Amtlicher Erlass.

An die kgl. Regierungen, Kammern des Innern, die Districtspolizeibehörden und die k. Bezirksärzte.

Die Unterbringung von Blödsinnigen und Geisteskranken in Irrenanstalten oder deren sonstige Verwahrung nach Art. 80 Abs. II des Polizeistrafgesetzbuchs vom 26. December 1871 betr.

Kgl. Staatsministerium des Innern.

Zum Vollzuge des Art. 80 Abs. II des Polizeistrafgesetzbuchs vom 26. December 1871, insbesondere zur Sicherung der Interessen der durch die bezüglichen Maassnahmen zunächst betroffenen Personen wird Nachstehendes angeordnet.

1) Die zur Entscheidung gemäss § 23 der Allerhöchsten Verordnung vom 4. Januar 1872, die Zuständigkeit der Verwaltungsbehörden in Sachen des Strafgesetzbuchs für das deutsche Reich und des Polizeistrafgesetzbuchs betr., zuständigen Districtspolizeibehörden, bezw. die k. Polizeidirection München, haben die Unterbringung, bezw. Verwahrung jeweils nach erschöpfender Sachinstruction in Form eines mit Gründen versehenen Beschlusses auszusprechen.

Der Beschlussfassung hat grundsätzlich die Einvernahme des gesetzlichen Vertreters der Person, deren Unterbringung oder Verwahrung in Frage steht, vorauszugehen: an diesen hat auch die Zustellung einer Ausfertigung des Beschlusses über die Unterbringung, bezw. Verwahrung unter geeigneter Eröffnung über das Recht der Beschwerdeführung zu erfolgen.

Soweit veranlasst und thunlich, ist auch die Einvernahme der betreffenden geisteskranken Person und die Mittheilung des gefassten Beschlusses an dieselbe zu bethätigen.

2) Das dem districtspolizeilichen Beschlusse nach ausdrücklicher Vorschrift des Art. 80 Abs. II l. c. zu Grunde zu legende bezirksärztliche Gutachten ist ausnahmslos auf Grund persönlicher Untersuchung der unterzubringenden, bezw. zu verwahrenden Person durch den betreffenden, zur Gutachtensabgabe veranlassten Amtsarzt zu erstatten.

Der behandelnde Arzt ist von der instruirenden Behörde gleichfalls zur Sache einzuvernehmen.

3) Soferne im öffentlichen Interesse die Unterbringung oder Verwahrung noch vor der districtspolizeilichen Beschlussfassung bethätigt werden muss, ist letztere mit thunlichster Beschleunigung und mit Beachtung der unter Ziffer 1 aufgestellten Gesichtspunkte nachzuholen.

4) Ist ein gesetzlicher Vertreter der unterzubringenden, bezw. zu verwahrenden Person nicht vorhanden, oder dessen Vernehmung nur mit unverhältnissmässigem Zeitverlust ausführbar, oder lassen es sonstige Umstände angezeigt erscheinen, so ist der nach § 595 Abs. II der Civilprocessordnung zur Stellung eines Entmündigungsantrags zuständige Staatsanwalt von der Sachlage in Kenntniss zu setzen. Ueberdiess bleibt es der mit der Sachinstruction befassten Behörde anheimgegeben, mit den gemäss § 595 Abs. I der Civilprocessordnung antragsberechtigten Personen behufs allenfallsiger Einleitung des Entmündigungsverfahrens in's Einvernehmen zu treten.

Nach etwa erfolgter Aufstellung eines gesetzlichen Vertreters hat, soweit die sonstige Lage des Verfahrens es noch gestattet, dessen Einvernahme, jedenfalls aber die Zustellung des gefassten Beschlusses an denselben nach Maassgabe der Ziffer 1 Abs. II zu erfolgen.

5) Mit dem Wegfalle der für die Unterbringung oder Verwahrung seinerzeit maassgebend gewesenen Voraussetzungen sind diese Maassnahmen ausser Wirksamkeit zu setzen.

Das Verfahren bemisst sich nach Ziffer 1 dieser Entschliessung. Allenfallsige Gesuche der gesetzlichen Vertreter und Angehörigen, unter Umständen auch der Geisteskranken selbst, sind hiebei in sachgemässe Würdigung zu ziehen.

Auf die Aufhebung der genannten Maassnahmen bezügliche Anträge sind, soweit veranlasst, von den Leitern der Irrenanstalten bei den zuständigen Districtspolizeibehörden von Amtswegen zu stellen.

Die gleiche Verpflichtung obliegt bezüglich der nicht in Irrenanstalten untergebrachten, anderweitig verwahrten Personen den Bezirksärzten.

Letzteren, sowie den Eingangs genannten Polizeibehörden kommt, wie bisher, die Controle der anderweitig verwahrten Geisteskranken und Blödsinnigen in sonstiger Hinsicht zu.

München, 1. Januar 1895.

Frhr. v. Feilitzsch.

Der Generalsecretär:
v. Kopplstätter,
Ministerialrath.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.

Im Namen
Seiner Majestät des Königs
von Bayern

erkennt die I. Strafkammer des k. Landgerichts München I in der Privatklagesache des prakt. Arztes und Redakteurs **Dr. B. Spatz** hier, vertreten durch Rechtsanwalt Brinz

gegen

den prakt. Arzt und Redakteur **Dr. Arno Krüche** hier,

wegen Beleidigung

in der öffentlichen Sitzung vom 12. December 1894 auf Grund der in der öffentlichen Sitzung vom 5. December 1894 gepflogenen Hauptverhandlung, an welcher theilgenommen haben:

Der k. Oberlandesgerichtsrath Ahles, Vorsitzender, die Landgerichtsräthe Yblagger und Frhr. v. Dobeneck, Beisitzer, und Rprkt. Aub als stellvertr. Gerichtsschreiber, unter theilweiser Aufhebung des Urtheils des Schöffengerichts des k. Amtsgerichtes München I, Abtheilung für Strafsachen, vom 13. Juni 1894, zu Recht, wie folgt:

„Die gegen den Angeklagten wegen eines fortgesetzten Vergehens der Beleidigung erkannte Geldstrafe wird auf

siebzig Mark

umgewandelt für den Fall der Uneinbringlichkeit in eine Haftstrafe von sieben Tagen erhöht.

Der Angeklagte hat die Kosten der zweiten Instanz zu tragen, insbesondere die dem Privatkläger erwachsenen nothwendigen Auslagen zu erstatten."

Gründe.

In der obenbezeichneten Privatklagesache hat das Schöffengericht des k. Amtsgerichts München I, Abtheilung für Strafsachen, unterm 13. Juni 1894 folgendes Urtheil erlassen:

1) Der Angeklagte ist schuldig eines fortgesetzten Vergehens der Beleidigung und wird hiewegen zu einer Geldstrafe von fünfzig Mark, umgewandelt für den Fall der Uneinbringlichkeit in eine Haftstrafe von fünf Tagen, verurtheilt.

2) Derselbe hat die sämmtlichen Kosten zu tragen und die dem Privatkläger erwachsenen nothwendigen Auslagen zu erstatten.

3) Dem Privatkläger wird die Befugniss eingeräumt, binnen vier Wochen nach erfolgter Zustellung einer rechtskräftigen Urtheilsausfertigung den verfügenden Theil des Urtheils durch je einmaliges Einrücken in der „Münchener medicinischen Wochenschrift", in der dahier erscheinenden „Aerztlichen Rundschau" und in der in Berlin erscheinenden „Deutschen medicinischen Wochenschrift" je in der Grösse von circa 10 cm in der Breite und circa 15 cm in der Höhe — auf Kosten des Angeklagten öffentlich bekannt zu machen.

Gegen dieses Urtheil, auf dessen Gründe, insbesondere Feststellungen hiemit Bezug genommen wird, hat der Privatkläger mittels eines unterm 20. Juni 1894 von seinem bevollmächtigten Vertreter, Rechtsanwalt Brinz gefertigten und in den Einlauf des bezeichneten Amtsgerichtes gelangten Schriftsatzes die Berufung eingelegt.

In der Berufungsverhandlung vom 5. December 1894 wurde die Berufung von dem genannten Vertreter des Privatklägers auf folgende Beschwerdepunkte beschränkt, nämlich dass § 193 St.-G.-B. auf die sogleich zu erwähnende Erklärung des Privatklägers nicht angewendet, dass § 199 St.-G.-B. angewendet und dass gegen den Angeklagten nicht auf eine höhere Strafe erkannt wurde.

Zur Begründung der Berufung wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass der Privatkläger die Erklärung in No. 7 der Münchener Medicinischen Wochenschrift vom 13. Februar 1894 zur Wahrung berechtigter Interessen und nicht in der Absicht zu beleidigen, abgegeben habe, und angeführt, dass unter den in der fraglichen Erklärung erwähnten Vorgängen das gegen den Angeklagten durchgeführte ehrengerichtliche Verfahren verstanden sei, dessen Verlauf und Ergebniss einer näheren Erörterung unterzogen wurde, bei welcher auch unter Vorlage des in No. 4 der Blätter für klinische Hydrotherapie vom August 1891, S. 57 ff. erschienenen Aufsatzes des Prof. v. Stoffella und des von dem Angeklagten herausgegebenen Lehrbuchs der praktischen Wasserheilkunde, S. 97 f. der in den vorerwähnten Blättern No. 3 vom März 1893, S. 56 und No. 6 vom Juni 1893, S. 113 gegen den Angeklagten erhobene Vorwurf des Plagiates in Bezug genommen wurde.

Von Seite des Angeklagten wurde die Verwerfung der Berufung in Antrag gebracht und zur Unterstützung dieses Antrages hauptsächlich vorgebracht, dass die unter Anklage gestellten Aeusserungen desselben nach Lage der Verhältnisse, insbesondere auch im Hinblicke auf die übliche journalistische Licenz als Beleidigung nicht zu erachten seien — wobei der Angeklagte im Einzelnen sämmtliche in erster Instanz von demselben gemachte Ausführungen wiederholte — dann, dass das erwähnte ehrengerichtliche Verfahren — dessen Ergebniss im Protokolle der erstrichterlichen Hauptverhandlung constatirt ist — gegen den Angeklagten lediglich zufolge einer Denunciation des Privatklägers eingeleitet und das Ergebniss dieses Verfahrens wegen unrichtiger Beurtheilung des Sachverhalts von Seite des Ehrengerichtes unzutreffend sei.

Die richterliche Würdigung ergab Folgendes:

Die Berufung des Privatklägers ist gemäss § 354 St.-P.-O. statthaft und gemäss § 355 daselbst rechtsförmlich und rechtzeitig eingelegt, desshalb formell nicht zu beanstanden.

Da nach § 368 St.-P.-O. der Prüfung des Berufungsgerichtes das Urtheil nur unterliegt, soweit dasselbe angefochten ist, die Berufung des Privatklägers aber in nach § 359 St.-P.-O. zulässiger Weise auf bestimmte Beschwerdepunkte beschränkt wurde, so ergab sich als Gegenstand der zweitrichterlichen Entscheidung nur die Frage:

1) ob § 193 St.-G.-B. auf die Eingangs bezeichnete Erklärung des Privatklägers zu Unrecht nicht angewendet,

2) ob § 199 St.-G.-B. zu Unrecht angewendet,

3) ob auf eine höhere als die vom Erstrichter ausgesprochene Strafe zu erkennen ist.

1.

Die in No. 7 der Münchener Medicinischen Wochenschrift vom 13. Februar 1894 vom Privatkläger veröffentlichte Erklärung lautet, wie folgt:

„Unsere Notiz über „Auswüchse der Arzneimittelfabrication" in No. 2 d. W. hat Herrn Dr. Krüche hier in einem der von ihm redigirten Blätter zu einem von Unwahrheiten und Entstellungen überfliessenden Artikel gegen den Redacteur dieser Wochenschrift Veranlassung gegeben. Wir halten es für unter unserer Würde auf diesen Angriff zu erwidern, dessen wahre Motive Jedem offenkundig sind, der in die Vorgänge eingeweiht ist, die zum Ausscheiden des Herrn Dr. Krüche aus dem Münchener ärztlichen Verein führten. Sowohl die Sprache des Artikels, wie die Persönlichkeit des Schreibers desselben machen uns das Eintreten in eine Discussion jetzt und bei allen künftigen Angriffen, denen wir von dieser Seite voraussichtlich noch ausgesetzt sein werden, unmöglich."

Die vorstehende Erklärung bildet die Erwiderung des Privatklägers auf den vom Angeklagten in No. 6 der von Letzterem redigirten ärztlichen Rundschau vom 10. Februar 1894 veröffentlichten Artikel, dessen Inhalt in den Gründen des erstrichterlichen Urtheils, worauf verwiesen wird, wiedergegeben ist.

Die Annahme des Erstrichters, dass hinsichtlich obiger Erklärung, dem Privatkläger der Schutz des § 193 St.-G.-B. zu versagen sei, ist unrichtig.

Nach § 193 St.-G.-B. sind Aeusserungen, welche zur Vertheidigung von Rechten oder zur Wahrnehmung berechtigter Interessen gemacht werden, nur insoferne strafbar, als das Vorhandensein einer Beleidigung aus der Form der Aeusserung, oder aus den Umständen, unter welchen sie geschah, hervorgeht.

Von der Rechtsordnung ist das Recht des Einzelnen auf Achtung seiner Person, auf Ehre anerkannt. Daraus folgt, dass die Abwehr eines Angriffes auf letztere als ein objectiv berechtigtes Interesse des Angegriffenen sich darstellt.

Rechtskräftig steht fest, dass der Angeklagte sich durch die Veröffentlichung des Artikels in No. 6 der von demselben redigirten ärztlichen Rundschau vom 10. Februar 1894 einer Beleidigung des Privatklägers schuldig gemacht hat. Die Erwiderung des Privatklägers auf diesen Artikel charakterisirt sich aber als die Abwehr des in diesem Artikel gegen die Ehre des Privatklägers gerichteten Angriffes. Um dieses darzulegen, ist es erforderlich, den Inhalt der Erklärung des Privatklägers vom 13. Februar 1894 einer näheren Prüfung zu unterziehen.

In dem ersten Satze der Erklärung des Privatklägers ist der von dem Angeklagten in No. 6 der von demselben redigirten ärztlichen Rundschau vom 10. Februar 1894 veröffentlichte Artikel als ein von Unwahrheiten und Entstellungen überfliessender Artikel bezeichnet. Diese Aeusserung des Privatklägers lässt sich ihrem unmittelbaren Inhalte nach nur auffassen als Abwehr des in jenem Artikel gegen die Ehre des Privatklägers verübten Angriffes; denn es werden hiedurch die in jenem Artikel gegen den Privatkläger gerichteten Invectiven als auf Unwahrheit und Entstellung beruhend zurückgewiesen.

Ebensowenig kann es nach dem unmittelbaren Inhalte dieser Aeusserungen einem Zweifel unterliegen, dass dieselbe von dem Privatkläger auch zu dem Zwecke der Abwehr des in jenem Artikel gegen die Ehre desselben verübten Angriffes gethan ist.

Die Erklärung des Privatklägers erweist sich aber auch nach ihrem übrigen Inhalte als gemacht zur Abwehr des eben erwähnten Angriffes.

Dieses ist zunächst der Fall hinsichtlich der Aeusserung des Privatklägers, dass er es unter seiner Würde halte, auf den in Rede stehenden Angriff zu erwidern, und der zur Rechtfertigung dieser Anschauung und des ihr entsprechenden Verhaltens beigefügten Andeutung des dem fraglichen Angriffe zu Grunde liegenden Motives, bezüglich dessen darauf hingewiesen ist, dass es in den Vorgängen, welche zum Ausscheiden des Angeklagten aus dem Münchener ärztlichen Verein geführt haben, seinen Ursprung genommen habe.

In dieser Beziehung steht thatsächlich fest, dass auf Anzeige des Privatklägers das obenerwähnte ehrengerichtliche Verfahren gegen den Angeklagten eingeleitet und dass vom Angeklagten aus Anlass der Einleitung dieses Verfahrens jedoch noch vor Beendigung des Letzteren der Austritt desselben aus dem Münchener ärztlichen Vereine erklärt worden ist. Hienach muss angenommen werden, dass der Privatkläger unter dem von ihm angedeuteten Motive des gegen seine Ehre von dem Angeklagten gerichteten Angriffes die Rachsucht des Angeklagten verstanden hat.

Die Bezeichnung einer Beleidigung als eines Racheactes enthält aber mittelbar eine Abwehr der Beleidigung und zwar desshalb, weil hiedurch der Schluss von der Ungehörigkeit des Motives einer Kundgebung auf die Ungehörigkeit der Kundgebung selbst nahegelegt wird. Aus dem Umstande, dass der Privatkläger in seiner Erklärung diesem Gedankengange augenscheinlich gefolgt ist, ergibt sich, dass die oben erörterte Aeusserung desselben, wie sie sich an und für sich als Abwehr des gegen seine Ehre von dem Angeklagten gerichteten Angriffes darstellt, so auch von dem Privatkläger zum Zwecke der Abwehr dieses Angriffes gemacht ist.

Das Gleiche gilt endlich bezüglich des Schlusssatzes der Erklärung des Privatklägers, worin bemerkt ist, dass die Sprache des Artikels und die Persönlichkeit des Schreibers (d. i. des Angeklagten) dem Privatkläger das Eintreten in eine Discussion jetzt und bei allen künftigen Angriffen des Angeklagten unmöglich mache. Denn nicht minder als die Kennzeichnung des Motives einer Beleidigung erscheint die Kennzeichnung der Persönlichkeit des Beleidigers und seiner Ausdrucksweise als ein Mittel der Abwehr der Beleidigung; es wird nämlich die Kritik der Persönlichkeit des Urhebers einer Kundgebung, sowie der Form der letzteren zum Ausgangspunkte genommen, um die an dem Inhalte der Kundgebung geübte Kritik als zutreffend zu erweisen.

Demgemäss ist die Annahme begründet, dass die Erklärung des Privatklägers ihrem ganzen Inhalte nach zur Abwehr des von dem Angeklagten in No. 6 der von demselben redigirten ärztlichen Rundschau vom 10. Februar 1894 gegen die Ehre des Klägers gerichteten Angriffes abgegeben ist, dass insbesondere der Privatkläger bei Abgabe dieser Erklärung den Willen hatte, das berechtigte Interesse der Vertheidigung seiner Ehre gegen den erwähnten Angriff zu wahren.

Richtig ist, dass diese Erklärung namentlich insoweit hierin dem Angeklagten das Motiv der Rachsucht imputirt, dann an das wider denselben durchgeführte ehrengerichtliche Verfahren und dessen Ergebniss erinnert und mit Rücksicht hierauf und den von dritter Seite dem Angeklagten gemachten Vorwurf des Plagiats, seine Persönlichkeit als eine solche bezeichnet wird, mit welcher eine Discussion unmöglich, ehrenkränkender Natur ist und dass der Privatkläger bei Abgabe seiner Erklärung sich auch dieser Natur derselben bewusst war.

Allein die in der Erklärung des Privatklägers enthaltenen Aeusserungen desselben sind festgestelltermaassen zur Wahrnehmung berechtigter Interessen gemacht, unter dieser Voraussetzung aber nach § 193 St.-G.-B. nur strafbar, wenn das Vorhandensein einer Beleidigung, d. i. die Absicht des Privatklägers den Angeklagten zu beleidigen, aus der Form der Aeusserungen, oder aus den Umständen, unter welchen sie geschahen, hervorgeht.

Die Frage, ob das Vorhandensein einer Beleidigung aus der Form der Erklärung des Privatklägers, oder aus den Umständen, unter welchen sie geschah, hervorgehe, ist zu verneinen.

Vor Allem lässt die Form der Vertheidigung des Privatklägers eine auf Beleidigung gerichtete Absicht desselben nicht erkennen. Denn die vom Privatkläger gewählte Ausdrucksweise hält sich — und zwar im Gegensatze zu der Redeweise des Angeklagten in dem erwähnten Artikel — von jedem beschimpfenden Worte, insbesondere auch von Wendungen, die Hohn oder Spott, überhaupt den Geist der Verunglimpfung verrathen würden, völlig ferne; es kann somit davon, dass in der Form, in welche der Privatkläger die Abwehr eingekleidet hat, eine zur Rechtsvertheidigung nicht bestimmte Beleidigung hervortrete, keine Rede sein. Da sodann der Angriff auf die Ehre des Privatklägers in einer dahier erscheinenden medicinischen Fachzeitschrift und mit specieller Beziehung auf die Stellung und Thätigkeit des Privatklägers als Redacteur einer solchen Zeitschrift erfolgte, lässt sich selbstverständlich aus dem Umstande, dass der Privatkläger sich der von ihm redigirten, gleichfalls dahier erscheinenden medicinischen Zeitschrift als des Organes seiner Vertheidigung bediente, ein Anzeichen dafür, dass ihn nicht die Absicht seine Ehre zu vertheidigen, sondern die Absicht der Verunglimpfung des Gegners leitete, nicht ableiten. Die vom Privatkläger glaubhaft vorgebrachte Thatsache, dass die von ihm abgegebene Erklärung vor ihrer Veröffentlichung Mitgliedern des Herausgebercollegiums der Münchener medicinischen Wochenschrift vorgelegen und die Billigung derselben gefunden habe, schliesst geradezu die Annahme, dass der Privatkläger bei Veröffentlichung dieser Erklärung als den Zweck seiner Handlungsweise die Herabwürdigung des Angeklagten verfolgt habe, und von ihm nicht vielmehr lediglich die Vertheidigung seiner angegriffenen Ehre intendirt worden sei, aus.

Aus diesen Gründen gelangte das Berufungsgericht zu der Entscheidung, dass bezüglich der Erklärung des Privatklägers in No. 7 der Münchener Medicinischen Wochenschrift vom 13. Februar 1894 der Fall einer nach § 193 St.-G.-B. nicht strafbaren Wahrnehmung berechtigter Interessen gegeben sei.

2.

§ 199 St.-G.-B., wonach in dem Falle, wenn eine Beleidigung auf der Stelle erwidert wird, der Richter beide Beleidiger, oder einen derselben für straffrei erklären kann, setzt unter allen Umständen eine als Beleidigung strafbare Handlung auf beiden Seiten voraus, liegen demnach auf Seite des einen Beleidigenden die Voraussetzungen des § 193 St.-G.-B. vor, und geht in solchem Falle auch nicht aus der Form der Aeusserung oder aus den Umständen das Vorhandensein einer Beleidigung hervor, so fehlt es an dem dieselbe bedingenden rechtswidrigen Verschulden, somit der nothwendigen Bedingung der Zulässigkeit der Compensation

vgl. Urtheil des Reichsgerichts vom 16. Juni 1880. Entsch. in St.-S. Bd. 2, No. 68, S. 181.

Urtheil des Reichsgerichts vom 25. Juni 1883 in den Annalen des R.-G. Bd. 7, No. 65, S. 220.

Da die Prüfung des von dem Privatkläger aus § 193 St.-G.-B. erhobenen Einwandes ergab, dass bezüglich der von dem Privatkläger abgegebenen Erklärung die strafrechtliche Verantwortlichkeit wegen fehlender Rechtswidrigkeit ausgeschlossen ist, dass demselben vielmehr bezüglich dieser Erklärung der Schutz des § 193 St.-G.-B. zur Seite stehe, so kann der Angeklagte bezüglich seiner Gegenäusserung in No. 7 der ärztlichen Rundschau vom 17. Februar 1894, deren Inhalt in den Gründen des erstrichterlichen Urtheils, worauf Bezug genommen wird, wiedergegeben ist, die Straffreiheit nicht in Anspruch nehmen.

Aber auch unter der vom Erstrichter angenommenen Voraussetzung, dass dem Privatkläger bezüglich seiner Erklärung der Schutz des § 193 St.-G.-B. zu versagen sei, stellt sich die Anwendung des § 199 St.-G.-B., der nur die Befugniss, nicht die Verpflichtung des Richters zur Compensation statuirt, nicht als der Sachlage entsprechend dar, weil die in der erwähnten Gegenäusserung des Angeklagten enthaltene Beleidigung des Privatklägers hinsichtlich ihrer Schwere die in der Erklärung des Privatklägers — jedoch nicht in einer auf Beleidigung gerichteten Absicht — gemachten injuriösen Aeusserungen so sehr überwiegt, dass auch unter jener — nicht zutreffenden — Voraussetzung ein Anlass zur Durchführung der Compensation als gegeben nicht erachtet werden konnte.

3.

Indem hienach das Berufungsgericht veranlasst war, die Strafe für das dem Angeklagten zur Last liegende, vom Erstrichter rechtskräftig festgestellte Vergehen der Beleidigung aus § 73, 185, 194 und 61 St.-G.-B. festzusetzen, wurde in Anbetracht der Fortsetzung der Beleidigung und der öffentlichen Verübung derselben einerseits, anderseits in Berücksichtigung der psychischen Erregung, in welcher der Angeklagte gehandelt hat, als erforderliche und genügende Sühne seines Verschuldens eine Geldstrafe von 70 Mark angesehen, welche nach § 28 und 29 St.-G.-B. für den Fall ihrer Uneinbringlichkeit in eine siebentägige Haftstrafe umgewandelt wurde.

Demgemäss war auf diese Strafe unter theilweiser Aufhebung des angefochtenen Urtheils zu erkennen.

4.

Der Ausspruch im Kostenpunkte entspricht den Vorschriften in § 496, 497, 503 St.-P.-O.

Unterschrieben sind:

Ahles, Yblagger, Dobeneck.

* * *

Nachdem Herr Dr. Krüche die von ihm laut einer Erklärung in der Augsbg. Abendztg. beabsichtigte Revision nicht eingelegt hat, ist das vorstehend abgedruckte Urtheil rechtskräftig geworden. Wir wollen uns jeder weiteren Bemerkung zu demselben enthalten und nur noch unserem Bedauern Ausdruck geben, dass wir genöthigt gewesen sind, einem Collegen gegenüber bei den Gerichten unser Recht zu suchen. Den fortgesetzten schweren Beleidigungen des Herrn Dr. Krüche gegenüber blieb uns kein anderer Ausweg; denn höher als jede andere Rücksicht gilt uns die persönliche Ehre. Wir zweifeln keinen Augenblick, dass unsere Leser diesen Standpunkt theilen werden.

Soviel über die Sache, soweit sie uns, d. h. den Redacteur dieses Blattes betrifft. Als Organ des Aerztlichen Vereins München liegt uns jedoch noch die Pflicht ob, Protest zu erheben gegen die schweren Beschuldigungen, welche Herr Dr. Krüche in öffentlicher Gerichtsverhandlung gegen den genannten Verein, der nahezu 2/3 der gesammten Münchener Aerzteschaft umfasst, im Besonderen gegen dessen Ehrengericht, erhoben hat.

Herr Dr. Krüche sagte laut Stenogramm wörtlich:

„Den hohen Herren ist bekannt, dass diejenigen Aerzte von München, die sich vorwiegend des Vertrauens des Publicums erfreuen, immer und immer wieder von gewissen

Elementen im ärztlichen Verein denuncirt worden sind und dass man ihnen das Leben möglichst sauer zu machen versucht hat. Namen brauche ich nicht zu nennen. Die Herren, welche in München längere Zeit ansässig sind, wissen diese Namen.

Es herrscht allerdings im ärztlichen Verein die bedauerliche Uebung, dass man Leute von Charakter und einer gewissen Selbständigkeit der Gesinnung und namentlich solche Leute, die eine gute Praxis haben, absolut nicht leiden kann, während man andere Personen, die diese 3 Eigenschaften nicht in dem Grad haben, sofern sie namentlich hübsch den Mund halten, ganz gerne sieht."

An einer anderen Stelle seines Plaidoyers bezeichnet Herr Dr. Krüche das Schiedsgericht als „ein Haberfeldtreiben in optima forma", „die Zusammensetzung [1]) desselben spotte jeder Beschreibung Hohn", er spricht davon, dass man wichtige, von ihm vorgebrachte Beweismittel „übersehen" habe, dass eine von ihm vorgelegte Quittung verschwunden sei, dass man bei einer Sitzung einen der Schiedsrichter — den Vertreter des Herrn Dr. Krüche — „künstlich ferngehalten" habe, und er sagt ferner wörtlich:

„Ich bitte sich daraus ein Bild zu machen von den Verfolgungen, denen ich von jeher ausgesetzt gewesen bin. Ich habe dieselben einfach dem Umstand zu verdanken, dass ich hier der Vertreter der physikalischen Heilmethode bin, noch mehr, dass ich damit Dank dem Entgegenkommen des Publicums Glück gehabt habe und wer Glück hat, hat eben auch Feinde."

Diese letzteren Aeusserungen, welche das ehrengerichtliche Verfahren gegen Dr. Krüche als das Ergebniss dem Concurrenzneid entsprungener Verfolgungen hinstellten, haben ihren Weg auch in die Tagespresse gefunden; um so weniger können sie unwidersprochen bleiben.

Wir glauben nun, die so schnöde verdächtigten Herren, die das wenig beneidenswerthe Amt der Ehrenrichter des ärztlichen Vereins übernommen haben, nicht besser rechtfertigen zu können, als indem wir unseren Lesern das dem ehrengerichtlichen Verfahren zu Grunde liegende Material unterbreiten und sie so in die Lage setzen sich ein eigenes Urtheil zu bilden, ob solchem Gebahren gegenüber ein Einschreiten am Platze war oder nicht. Wir bemerken dabei, dass das Ehrengericht nur mit solchen Verstössen des Herrn Dr. Krüche sich befasste, die neueren Datums waren; andere, wie die Jahre hindurch fortgesetzten Plakate der Dr. Krüche'schen Anstalt in sämmtlichen Münchener Trambahnwagen, auf denen Herr Dr. Krüche in Portraitähnlichkeit zu sehen war, bildeten keine Klagspunkte, waren den Herren aber wohl bekannt.

Herrn Dr. Krüche wurden folgende Vorhalte gemacht:

1. Durch einen an eine Anzahl Herren der besten Kreise in München gerichteten Brief [2]) zur Behandlung mit dem Brown-Sequard-schen Testikelextract, den er als „Verjüngungsmittel" bezeichnete, aufgefordert [3]) zu haben.

2. Ein reclamehaft gehaltenes Circular, [4]) in welchem er anzeigte, dass er nunmehr ans Telephonnetz angeschlossen sei und in Zukunft auch Privatpraxis ausüben werde, verschickt zu haben und zwar auch an solche Personen, welche bereits ihren Hausarzt hatten. [5])

3. Ein kohlensaures Wasser von 0,09 Proc. (!) Citronensäure- und 0,01 Proc. Phosphorsäure-Gehalt als „Schutzwasser gegen Cholera" angepriesen und die Vorschrift [6]) zur Bereitung desselben nicht etwa publicirt, sondern an darum nachsuchende Interessenten verkauft [7]) zu haben.

4. Ein Inserat [8]) in zahlreichen Münchener Zeitungen fortlaufend veröffentlicht zu haben, in welchem er „arznei- und operations-

---

[1]) Das fragliche Ehrengericht bestand aus folgenden Herren: Hofrath Dr. Näher, als damaliger Vorsitzender des Aerztlichen Vereins, Obermedicinalrath Dr. Braun, Oberstabsarzt Dr. Seggel, Generalarzt Dr. Friedrich und Privatdocent Dr. Ziegenspeck, letzterer als Vertreter Dr. Krüche's.

[2]) Der Brief hat folgenden Wortlaut:

Geehrtester Herr!

Bei Ihrem mir bekannten grossen Interesse für alle Gegenstände moderner Cultur nehme ich mir die Freiheit, Ihnen mitzutheilen, dass mir Herr Professor Brown-Séquard in Paris eine Probe seines berühmten Testikelextractes (Verjüngungsmittel) gesandt hat. Wenn ich auch voraussetzen kann, dass Sie selbst für dergleichen kein persönliches Interesse haben, so dürfte doch in Ihrem Bekanntenkreise diese Nachricht nicht unerwünscht sein, ganz abgesehen von dem allgemeinen culturellen Interesse. In diesem Sinne bitte ich Sie ergebenst meine Mittheilung auffassen zu wollen und habe die Ehre . . . .

Dr. A. Krüche.

[3]) Zu seiner Rechtfertigung behauptet Dr. Krüche, er habe nur beabsichtigt, pharmakologische Versuche mit dem Mittel anzustellen (!).

[4]) Das Circular, auf ein Quartblatt gedruckt und auch typographisch in auffallender Ausstattung, lautet wie folgt:

München, Ende Juli 1893.

Euer Hochwohlgeboren

beehre ich mich im Hinblick auf unsere bisherigen Beziehungen ganz ergebenst mitzutheilen, dass ich unter

Ruf-Nummer 2529

telephonisch angeschlossen bin. Im Interesse einer erleichterten

Beschaffung von ärztlicher Hilfe zur Nachtzeit

ist nicht nur mein Sprechzimmer, sondern auch mein Schlafzimmer mit Telephon versehen, nachdem ich neuerdings aus triftigen Gründen auch ausserhalb meiner Anstalt ärztliche Praxis anzunehmen mich entschlossen habe. Auch für Nichtabonnenten ist durch das Offenbleiben der beiden öffentlichen Sprechstellen im Telegraphengebäude und im Haupt-Postamte Gelegenheit gegeben, bei Nacht ärztliche Hilfe sicherer und (in Folge zweckdienlicher Mittheilung über Krankheitsäusserung und Person des Erkrankten) wirksamer mit Hilfe des Telephons als mit der Nachtglocke zu requiriren.

Mit vorzüglicher Hochachtung

ergebenst

Dr. med. Arno Krüche.
Schwanthalerstrasse 18.

[5]) Das Letztere bestreitet Herr Dr. Krüche; die Fälle, in denen dies nachgewiesenermaassen der Fall war, werden auf ein Versehen der Post (!) zurückgeführt.

[6]) Gegen vorherige Einsendung von 4—5 M. erhielt man einen Zettel folgenden Inhalts:

Vorschrift zur Bereitung

des

Schutzwassers gegen Cholera.

Dasselbe ist zugleich ein angenehm kühlendes Getränk bei grosser Hitze und Fieberkrankheiten, behält also dauernd seinen Werth.

Auf 100 Liter Wasser werden gegeben: 10 Gramm Kochsalz, 90 Gramm krystallisirte Citronensäure und 10,0 Gramm chemisch reine Phosphorsäure. Das Mischgefäss darf durch Säuren nicht angegriffen werden, dieselben müssen erst nach der Einfüllung des Wassers in das Mischgefäss zugesetzt werden. Hierauf erfolgt Imprägnirung mit 4 Volum Kohlensäure.

[7]) Herr Dr. Krüche erklärt diesen Betrag nur als „Schreib- und Druckgebühr" erhoben zu haben.

[8]) Das Inserat hat folgenden Wortlaut:

Curbedürftige

finden auch im Winter in **Dr. A. Krüche's physikalischer Heilanstalt München, Schwanthalerstrasse 18,** arznei- und operationslose Behandlung. Musterhafte technische Einrichtung, echte schwedische Maschinen für Bewegungscur. Massage, Luftcur, Wassercur, Fichtennadelbäder. Mässige Preise. Prospecte kostenfrei. Aerztliche Sprechstunde 2—4 Uhr.

lose Behandlung" (das Schlagwort der Naturheilkunde) ankündigt.[9])

Und nun fragen wir: War nach diesen Vorkommnissen ein ehrengerichtliches Einschreiten gerechtfertigt oder war dasselbe nicht vielmehr Pflicht, wenn unsere ehrengerichtlichen Institutionen überhaupt einen Sinn haben sollen?

Und ebenso wie alle Aerzte, denen die Ehre des Standes am Herzen liegt, diese Frage bejahen werden, ebenso werden dieselben der Ansicht sein, dass das Ehrengericht nichts weniger als „böswillig", wie Dr. Krüche meint, urtheilte, wenn es das Verhalten des Dr. Krüche in den einzelnen Punkten rügte und die Frage, ob durch dasselbe das Ansehen des ärztlichen Standes geschädigt worden sei, bejahte.

Diese öffentliche Constatirung den öffentlichen Angriffen des Herrn Dr. Krüche gegenüber glaubten wir unserem Verein und seinen Ehrenrichtern schuldig zu sein. Wenn dabei Dinge zur Sprache kommen mussten, deren Veröffentlichung Herrn Dr. Krüche nicht angenehm sein kann, so bedauern wir dies, müssen jedoch die Verantwortung dafür Herrn Dr. Krüche selbst zuschieben.

Hiermit schliessen wir diese leider nothwendig gewesene Auseinandersetzung und werden uns, treu unserer Erklärung in No. 7 vor. J., durch keinerlei Provocation bewegen lassen, uns weiter mit Herrn Dr. Krüche zu beschäftigen.

[9]) Zu seiner Vertheidigung in diesem Punkte behauptet Dr. Krüche, das Inserat stamme gar nicht von ihm, sondern sei von seinen Feinden (!!) in die Blätter gebracht worden, um ihm bei den Collegen zu schaden (!).

Demgegenüber steht fest:

1. dass das Inserat wochenlang in den verschiedensten Zeitungen erschien, ohne dass Dr. Krüche dagegen einschritt;

2. dass Dr. Krüche auch nachdem er auf das Ungehörige des Inserates aufmerksam gemacht war, dasselbe nicht inhibirte, sondern lediglich den Wortlaut änderte, das Inserat aber weiter erscheinen liess;

3. dass Dr. Krüche das Inserat bezahlte.

Amtlicher Erlass.

Preussen.

Verordnung, betreffend den Verkehr mit Diphtherieserum.

Vom 31. December 1894.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preussen etc.

verordnen im Namen des Reichs, auf Grund der Bestimmung in § 6 Absatz 2 der Gewerbeordnung (Reichs-Gesetzbl. 1883 S. 177), was folgt:

Zu denjenigen Drogen und chemischen Präparaten, welche nach § 2 der Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln, vom 27. Jan. 1890 (Reichs-Gesetzbl. S. 9) und dem zugehörigen Verzeichnisse B nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden dürfen, tritt hinzu:

Serum antidiphthericum. Diphtherieserum.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Kaiserlichen Insiegel.

Gegeben Neues Palais, den 31. December 1894.

(L. S.) Wilhelm.

von Boetticher.

Personalnachrichten.

Preussen.

Auszeichnung. Die erste Stufe der 3. Klasse des Kais. Chinesischen Ordens des doppelten Drachens dem Assistenzarzt I. Cl. Dr. Metzke, Schiffsarzt Sr. Maj. Schiff Iltis.

Ernennungen. Der Kreis-Physikus Dr. Borntraeger in Sulingen zum Regierungs- und Medicinalrath bei der k. Regierung in Danzig, der Direktor der Prov.-Irren-Anstalt zu Neustadt W.-Pr. Dr. Kroemer zum Medicinal-Rath und Mitglied des Medicinal-Collegiums der Provinz Westpreussen, der prakt. Arzt Dr. von Mach zu Friedland O.-Pr. zum Kreiswundarzt des Kreises Friedland, der prakt. Arzt Dr. Jaeckel zu Schokken zum Kreiswundarzt des Kreises Wongrowitz.

Niederlassungen. Die Aerzte: Möhlfeldt und Dr. Beyer in Neu-Rahnsdorf, Dr. Pretzel in Erkner, Dr. Kasack in Potsdam, Dr. Kiesel in Luckenwalde, Dr. Knithahn in Eystrup, Schröter in Linden, Lücking in Rehme, Dr. Viefhaus und Dr. Lübbesmeyer in Bochum, Dr. Aufermann in Herbede, Dr. Gerhardi in Dortmund, Dr. Flume in Lünen, Dr. Ribbert in Heeren, Dr. Lethaus in Pelkum, Dr. Kurtz in Frankfurt a. M., Dr. Sklarek in Eichberg, Dr. Muhl in Camberg, Dr. Landau in Coblenz, Dr. Wurm in Betzdorf, Dr. Joeckel in Rüdesheim, Dr. Metz in Andernach, Dr. Damköhler in Nortrup, Dr. Hackmann in Ankum, Dr. Stucke in Bramsche, Dr. Niehues in Münster i. W.

Verzogen. Die Aerzte: Dr. v. Buchka von Marburg nach Lichtenberg-Herzfelde, Dr. Schaefer von Lichtenberg-Herzfelde nach Roda, Dr. Effler von Rheinsberg nach Stüdenitz, Dr. Kraemer von Essen nach Schwedt a. O., Dr. Milbradt von Neudamm nach Eberswalde, Dr. Röpke von Eystrup nach Schwarmstedt, Dr. Hammel von Langeoog nach Loquard, Dr. Jacoby von Löhne nach Rothenditmold, Dr. Rothe von Schriesheim nach Löhne, Dr. Gläntzer von Berlin nach Bielefeld, Dr. Demme von Nietleben nach Schildesche, Dr. Middelschulte von Laer nach Rauxel, Dr. Grossmann von Trossingen nach Frankfurt a. M., Dr. Böhm von Friedrichroda und Dr. Westerfield von Alsenz nach Wiesbaden, Dr. Schneider von Andernach nach Niedergründau, Dr. Cathrein von Nastätten nach Castellaun, Dr. Werner von Luckenwalde, Dr. Risch von Schildesche, Dr. Mollath von Frankfurt a. M., Dr. Paal von Betzdorf, Dr. Iblitz von Bertrich und Dr. Best von Bendorf, Dr. Neumann von Bartenstein nach Königsberg i. Pr., Dr. Goldstein von Königsberg i. Pr. nach Lauknen, Dr. Wieschebrink von Jena nach Münster i. W., Dr. Hartwich von Zirke nach Dettingen.

Todesfälle. Die Aerzte: Kreis-Physikus Sanitätsrath Dr. Rademacher in Montjoie, Marine-Ober-Stabsarzt a. D. Dr. Schotte in Grene.

Vacante Stellen. Die Physikate der Kreise Wongrowitz, Bergheim und Sulingen.

Literatur.

(Bei der Redaction zur Besprechung eingegangen.)

Hermann u. Volkmann, Hermann v. Helmholtz. Königsberg, Koch, 1894.

Penzoldt und Stintzing, Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. Bd. I, Bog. 37—42, Bd. III, Bog. 27—37, Bd. IV, Bog. 10—13. Jena, Fischer, 1894.

Schnitzler, Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie, Lfg. 7. Wien-Leipzig, Braumüller, 1894.

Kürz, Georgius Pictorius von Villingen, ein Arzt des 16. Jahrhunderts, und seine Wissenschaft. Freiburg i. B., Mohr, 1895. Preis br. M. 1.80.

W. Balls-Headley, The Evolution of the diseases of women. London, Smith, Elder & Co., 1894. Preis 16 shilling.

Königstein, Die Anomalien der Refraction und Accommodation. Prakt. Anleitung zur Brillenbestimmung. 2. Aufl. Wien, Braumüller, 1895. Preis br. M. 2.40.

Karlinski, Ueber die geschichtliche Entwicklung der internationalen Gesundheitspflege und deren weitere Aufgaben. Ibid. Preis br. M. 1.40.

Albrecht, Handbuch der praktischen Gewerbehygiene, III. Lfg. Berlin, Oppenheim, 1894. Preis br. M. 5.—.

Camerer, Der Stoffwechsel des Kindes von der Geburt bis zur Beendigung des Wachsthums. Tübingen, Laupp'sche Buchh., 1894. Preis br. M. 3.60.

Pagel, Die Concordantiae des Johannes de Sancto Amando. Berlin, Reimer, 1894.

Leopold, Geburtshülfe und Gynäkologie. II. Band der Arbeiten aus der k. Frauenklinik zu Dresden. Leipzig, Hirzel, 1895. Preis br. M. 24.—.

Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentl. Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a/M. XXXVII. Jahrgang 1893. Frankfurt, Sauerlaender's Verlag, 1894.

Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung von Dr. L. Becker. Berlin, Schoetz, 1895. Preis br. M. 8.—.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.